UNIVERSITE SCIENTIFIQUE
ET MEDICALE DE GRENOBLE

Année 1973

N° d'Ordre : 38

DE QUELQUES ASPECTS MEDICO-SOCIAUX DES FRACTURES DU COL DU FEMUR DANS UN SERVICE DE GERIATRIE

THESE

présentée

à la Faculté de Médecine

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Monsieur Marcel POPULO

né à FORT DE FRANCE (Martinique)

soutenue publiquement le 8 Juin 1973, devant la Commission d'Examen :

MM. H. BEZES Président

J. FAURE

R. HUGONOT

M. PHILIBERT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544319_0050

UNIVERSITE SCIENTIFIQUE
ET MEDICALE DE GRENOBLE

Année 1973 N° d'Ordre :

DE QUELQUES ASPECTS MEDICO-SOCIAUX DES FRACTURES DU COL DU FEMUR DANS UN SERVICE DE GERIATRIE

THESE

présentée

à la Faculté de Médecine

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Monsieur Marcel POPULO

né à FORT DE FRANCE (Martinique)

soutenue publiquement le 8 Juin 1973, devant la Commission d'Examen :

MM. H. BEZES Président

J. FAURE

R. HUGONOT

M. PHILIBERT

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A la Mémoire de MON PERE

A MA MERE

Je leur dédie ce travail en guise de remerciement et faible témoignage de mon affection.

A MES FRERES ET SOEURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE et MAITRE

Monsieur le Professeur H. BEZES
Professeur de Pathologie Chirurgicale

Un semestre passé dans son service nous a fait apprécier sa haute compétence.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il a manifesté à notre travail, en acceptant de le juger, et qu'il soit assuré du profond respect et du dévouement d'un de ses élèves.

A Messieurs les MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur M. PHILIBERT
Professeur à l'Université des Sciences Sociales de Grenoble.

Nous le remercions très vivement d'avoir accepté d'être notre juge.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur J. FAURE
Maître de Conférences Agrégé de Médecine Légale.

Il nous a fait l'honneur d'accepter de siéger dans notre Jury. Nous tenons à lui exprimer nos remerciements et notre profond respect.

Monsieur le Professeur R. HUGONOT

Ses conseils renouvelés et son attention patiente tout au long de cette étude furent notre guide. Il nous a amené à découvrir un domaine auquel il consacre tous ses efforts : la GERONTOLOGIE.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression du très profond et très respectueux attachement d'un de ses élèves.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur CHARACHON

Monsieur le Professeur ARNAUD

Monsieur le Professeur MAZARE

Monsieur le Professeur MARTIN-NOEL

A NOS MAITRES de la Faculté de Médecine de GRENOBLE

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour leur enseignement.

P L A N

- INTRODUCTION
- PRESENTATION DES OBSERVATIONS
- ETUDE STATISTIQUE DES OBSERVATIONS
    - Sexe et âge.
    - Circonstances des fractures.
    - Variétés anatomiques.
    - Traitement.
- LES RESULTATS ENREGISTRES DANS LE SERVICE DE MEDECINE GERIATRIQUE
    - Introduction.
    - Etude des décès.
    - Les malades sortants.
    - Ceux qui sont encore hospitalisés.
    - Les entraves à la rééducation fonctionnelle.
    - Etude de la situation sociale des Patients.
- ASPECT SOCIAL DES FRACTURES DU COL FEMORAL
    - Le problème.
    - Les moyens d'action :
        . Dégrabatisation
        . Prévention.
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

Les fractures du col du fémur chez les personnes âgées représentent l'une des causes organiques de grabatisation les plus importantes : ainsi,une étude médico-sociale portant sur 82 grabataires, effectuée en 1967 par le service de Médecine Chronique et Gériatrique du Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble, les situait au deuxième rang (14 cas), après les accidents vasculaires cérébraux (65 cas).

La personne âgée se trouve à la limite de l'état physiologique et de l'état pathologique, et la moindre agression la fait pencher vers le pathologique,qui, si on n'y remédie pas dans les meilleurs délais, lui sera vite fatal; la fracture du col fémoral constitue l'une de ces agressions. Une telle fracture est relativement fréquente en raison d'une part, du manque d'assurance de la statique, des troubles de l'équilibre des gens âgés, et d'autre part, de la fragilité osseuse par ostéoporose physiologique. Cette dernière est liée à la diminution des échanges entre les différents compartiments calciques de l'organisme à laquelle s'ajoute l'altération de la trame organique de l'os par catabolisme protéique prédominant.

Nous avons étudié dans le service de Médecine Gériatrique 100 observations de malades ayant présenté une ou deux fractures du col du fémur, ceci pour une période comprise entre le mois de janvier 1968 et décembre 1971. Nous nous proposons ici de faire part de ces observations et d'en tirer un certain nombre de conclusions. Il ne s'agit en aucun cas d'une étude exhaustive des fractures du col fémoral chez le vieillard. Celles-ci ont fait l'objet de nombreux travaux. Notre propos est donc limité à une population d'hospice ou en tous cas, à des sujets pour lesquels une réinsertion psycho-sociale réelle à domicile (en famille si possible) n'a pu être réalisée ou maintenue, en raison de tout un ensemble de facteurs que nous tenterons d'analyser.

Il nous paraît important d'avoir par conséquent bien présent à l'esprit ce caractère particulier de notre échantillon, qui de ce fait n'aura d'autre mérite que de pouvoir servir de comparaison avec un échantillon plus global, et qui en tous cas, (ou tout au moins nous l'espérons) nous permettra de mieux cerner le problème de certaines conditions d'échec social du traitement de ces fractures, car on peut bien parler d'échec social, au même titre que d'échec médical ou chirurgical.

PRESENTATION DES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Mme A... (Née en 1920)

Mme A... est célibataire, vit seule, et est sans profession.

Dans ses antécédents pathologiques, on note :

- En 1965, l'apparition d'une maladie de KHALER.
- En 1966, une involution psychique de type schizophrénie.

Le 14 Juillet 1968, Mme A... fait une chute de son lit sur la hanche gauche, qui entraîne une fracture sous-capitale engrénée du col fémoral gauche. Cette fracture est alors traitée par la pose d'un clou Tripode. La malade bénéficie par la suite de 2 mois de rééducation fonctionnelle puis est admise dans notre service, pour la poursuite de celle-ci.

A l'entrée, elle marche difficilement avec une aide.

Actuellement, l'état somatique est satisfaisant, la malade peut se déplacer avec une canne. L'involution psychique persiste.

ANALYSE :

Il y a donc eu restitution de la marche avec une canne.

Notre service a continué la rééducation fonctionnelle entreprise auparavant dans le service de chirurgie.

En raison de la solitude et de l'état mental de Mme A..., on ne peut envisager une réinsertion sociale.

OBSERVATION N° 2

M. A... (Né en 1881)

M. A..., ancien boucher, veuf, sans enfant , vit seul.

Depuis 1960, il présente une bronchite itérative.

En 1968, soit à l'âge de 87 ans, à la suite d'une chute dans un escalier à son domicile, M. A... présente une fracture per-trochantérienne du fémur droit, avec un grand déplacement. Le malade a alors été traité par traction-suspension pendant dix mois environ, après quoi, il est admis dans notre service pour raison sociale et poursuite de la rééducation qui avait été entreprise dans le service de chirurgie.

Le malade se présente alors à l'entrée avec :

- Une impotence fonctionnelle absolue, et une consolidation vicieuse de la fracture du col.
- Une bronchite itérative.
- Un bloc de branche droit complet.

Sur le plan moteur, la rééducation fonctionnelle fut poursuivie, mais ne donna aucun résultat.

Actuellement, le malade est grabataire dans notre service.

ANALYSE :

Echec thérapeutique total et absence de possibilités de retour à domicile.

OBSERVATION N° 3

Mme A... (Née en 1890)

Mme A..., retraitée, vit seule, ne présente pas d'antécédents pathologiques.

Le 27 décembre 1970, soit à l'âge de 80 ans, Mme A... fait une chute dans sa cuisine, qui entraîne une fracture sous-capitale du fémur droit.

Celle-ci est traitée par la mise en place d'une prothèse de MOORE le lendemain du traumatisme, puis la malade bénéficie de rééducation fonctionnelle pendant trois mois.

Mme A... est admise le 16 mars 1971 dans le service de Gériatrie pour placement; à l'entrée, la marche se fait sans appui, si bien que le 30 mars 1971, soit 95 jours après le traumatisme, elle est admise en Maison de Retraite.

ANALYSE :

Bon résultat thérapeutique. Placement en Maison de Retraite.

OBSERVATION N° 4

Mme A... (Née en 1892)

Mme A..., veuve depuis 1933, est retraitée de l'E.D.F.

Comme antécédents pathologiques, elle présente :

- Un diabète sucré et
- Une hypertension artérielle découverts en 1965.

Mme A... fait une chute en mai 1971, soit à l'âge de 79 ans en raison d'une baisse de l'acuité visuelle. Cette chute entraîne une fracture per-trochantérienne du fémur droit. Le traitement fut limité à la mise au fauteuil en raison du diabète et du grand âge de la malade.

Elle est admise dans le service de Gériatrie le 20 juillet 1971 dans un état de désorientation temporo spatiale et de grabatisation motrice.

Elle sort du service et se rend à l'hôpital-hospice de TULLINS, pour être proche de son fils, en juillet 1971, soit trois mois après le traumatisme.

Actuellement, elle est encore grabataire.

ANALYSE :

L'état général et l'âge de la malade n'ont pas permis un traitement efficace de sa fracture.

OBSERVATION N° 5

Mme A... (Née en 1884)

Mme A..., ancienne ménagère, est mariée, a trois filles en bonne santé.

Elle ne présente pas d'antécédents pathologiques.

A l'âge de 87 ans, elle fait une chute de sa hauteur à son domicile, ce qui la rend impotente. Ses enfants s'en inquiètent deux mois plus tard, et Mme A... est admise dans un service de chirurgie où l'on découvre alors une fracture sous-capitale du col du fémur gauche. On s'abstient alors de tout traitement, et la malade est mise au fauteuil.

Mme A... est admise dans notre service deux mois après la découverte du traumatisme.

Elle présente alors une insuffisance cardiaque bien compensée, des troubles importants de la mémoire et va activement de son lit au fauteuil.

Actuellement , soit huit mois après sa chute, la rééducation fonctionnelle que l'on a entreprise est gênée par une arthrose de la hanche et Mme A... a besoin d'une aide pour aller de son lit au fauteuil.

ANALYSE :

La découverte tardive de la fracture du col fémoral a compromis une meilleure récupération fonctionnelle.

OBSERVATION N° 6

Mme A... (Née en 1885)

Mme A... est veuve, sans profession, sans antécédents pathologiques.

Au mois d'octobre 1971, soit à l'âge de 86 ans, elle fait une chute de sa hauteur à son domicile où elle habite avec son fils. Cette chute entraîne une fracture sous-capitale du col fémoral droit qui a nécessité la mise en place d'une prothèse de MOORE le lendemain.

Dix jours plus tard, Mme A... est hospitalisée à domicile où l'on poursuit la rééducation fonctionnelle commencée dans le service de chirurgie. Mais, devant l'état général de la malade, (escarres talonnières, incontinence urinaire), son médecin traitant la fait entrer dans le service de Gériatrie pour soins complémentaires.

A l'entrée dans le service, la marche se fait difficilement avec aide, on note également un petit syndrome dépressif. La rééducation fonctionnelle et le traitement anti-dépresseur entrepris ont donné de bons résultats, si bien que :

Actuellement, la malade marche sans aide, elle est optimiste, et on pense lui faire réintégrer son milieu familial dans peu de temps.

ANALYSE :

Bonne réinsertion sociale, après la rééducation fonctionnelle et traitement anti-dépresseur.

OBSERVATION N° 7

M. A... (Né en 1891)

M. A..., employé des chemins de fer en retraite, est veuf, sans enfant et vit seul.

Dans ses antécédents, on relève :

- En 1960, l'apparition d'une sclérose en plaques.
- En 1962, une surdité totale et une cécité.

Il présente au mois de juillet 1970, à la suite d'une chute de sa hauteur, une fracture sous-capitale du col fémoral gauche pour laquelle on décide l'abstention thérapeutique.

Le malade est admis sept mois après le traumatisme dans le service de Gériatrie, avec une fracture consolidée, mais dans un état de grabatisation motrice.

Depuis 1971, M. A... est "grabataire moteur", désorienté dans le temps et dans l'espace. Il présente en outre, une insuffisance rénale en cours de traitement.

ANALYSE :

En raison de l'état général défectueux du malade, et de sa solitude, il n'existe aucune possibilité de sortie du milieu hospitalier.

OBSERVATION N° 8

Mme A... (Née en 1887)

Mme A... est veuve, sans profession, a un fils en bonne santé chez lequel elle vivait.

Comme antécédents pathologiques, on note :

- En 1968, l'apparition d'un diabète et d'une hypertension artérielle.

Au mois de janvier 1969, la malade est hospitalisée dans le service de Gériatrie, venant du Pavillon Moidieu où elle avait été admise pour dénutrition.

Dix mois après son admission, soit à l'âge de 82 ans, la malade fait une chute de son lit, qui entraîne une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit.

En raison de l'état général de la malade, on s'abstient de toute thérapeutique. L'impotence fonctionnelle résultante ne s'est pas améliorée. La malade meurt cinq mois après sa fracture par insuffisance rénale.

ANALYSE :

Là encore, il y a eu abstention thérapeutique en raison d'un état général défectueux qui a entraîné une issue fatale.

OBSERVATION N° 9

Mme B... (Née en 1883)

Mme B..., ancienne ouvrière agricole est veuve, sans enfant et vivait à la campagne en compagnie de son neveu et de sa nièce.

Dans ses antécédents pathologiques, on note l'apparition d'une bronchite itérative depuis 1962.

A l'âge de 85 ans, lors d'une chute de sa hauteur à son domicile, alors qu'elle transportait un seau d'eau, Mme B... présente une fracture pertrochantérienne du fémur droit, avec important déplacement. Cette fracture est alors traitée par traction sur lit de Rieunau pendant deux mois.

La malade est admise cinq mois après son traumatisme dans notre service pour placement.

Elle présente alors un raccourcissement de cinq centimètres du membre inférieur droit résultant d'une consolidation vicieuse de la fracture, et marche alors difficilement avec aide.

Actuellement : soit deux ans et demi après la fracture, la malade est grabataire malgré la rééducation entreprise.

ANALYSE :

Echec de réinsertion sociale en raison de la grabatisation motrice.

OBSERVATION N° 10

Mme B... (Née en 1885)

Mme B. est veuve, sans profession et vivait chez sa fille.

Comme antécédents pathologiques, elle a une insuffisance cardiaque bien compensée depuis 1965.

En juin 1970, soit à l'âge de 85 ans, à la suite d'une chute dans un escalier, Mme B... présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche qui a été traitée par plâtre pelvi-pédieux pendant quatre mois.

La malade est adressée dans le service de Rhumatologie pour rééducation fonctionnelle dont elle bénéficie pendant deux mois avant de passer en novembre 1970 dans notre service pour la poursuite de la Kinésithérapie et pour l'insuffisance cardiaque qui s'est entre temps décompensée. A l'entrée dans le service elle marche difficilement seule.

Actuellement : soit 18 mois après sa fracture, la malade marche bien avec une canne Tripode. Son retour après de ses enfants lui paraissant cependant impossible, on envisage un placement en maison de retraite.

ANALYSE :

Notre service a joué le rôle d'un centre de rééducation. Bons résultats fonctionnels pour l'âge.

OBSERVATION N° 11

Mme B... (Née en 1877)

Mme B..., ancienne couturière, sans enfant, a été hospitalisée dans notre service en avril 1970 pour troubles de l'équilibre, insuffisance cardiaque et, raison sociale.

Le 20 décembre 1970, soit à l'âge de 93 ans après un malaise, elle fait une chute de sa hauteur dans le service, qui entraîne une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit.

Il y eut abstention thérapeutique en raison de l'état général défectueux de la malade. Celle-ci décède au mois de janvier 1971 par collapsus cardiaque, soit un mois après la fracture.

CONCLUSION :

Issue fatale en raison d'un mauvais état général.

OBSERVATION N° 12

Mme B... (Née en 1889)

Mme B..., a été placée pendant la période d'été 1971 par ses enfants dans le service de Gérontologie.

On lui découvre :

- à 70 ans, une aplasie médullaire.
- à 80 ans, une incontinence urinaire.

Quinze jours après son admission, elle tombe de son lit et présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche.

Cette fracture a été traitée par traction suspension dans un service de chirurgie pendant trente jours à l'issue desquels la malade réintègre notre service. Elle présente alors un encombrement pulmonaire, refuse toute alimentation et décède six jours après dans un état cachectique.

ANALYSE :

Chez cette malade de 82 ans victime d'une fracture sur un terrain général défectueux avec aplasie médullaire, il y a échec total de la thérapeutique.

OBSERVATION N° 13

M. BM... (Né en 1889)

M. BM..., ancien architecte, est marié, sans enfant.

Il a toujours été en bonne santé avant de faire en octobre 1966, une chute de sa hauteur à son domicile.

Cette chute entraîne une fracture per-trochantérienne du fémur gauche. Celle-ci est alors traitée par traction-suspension pendant quatre mois. Cinq mois après son traumatisme, le malade est admis dans notre service en raison de troubles cérébraux à type de désorientation temporo-spatiale et d'une incontinence urinaire.

A l'entrée dans le service, il peut marcher avec une canne.

M. BM... fait une nouvelle chute dans le service en janvier 1970, ce qui entraîne une fracture per-trochantérienne du fémur droit. En raison de son état général, on s'abstient de toute thérapeutique, et le malade est mis au fauteuil le jour, au lit la nuit. Cette fracture entraîne chez M. BM.., un état de grabatisation motrice qui persiste jusqu'à maintenant en raison de son manque de coopération à la rééducation,lié à l'aggravation de l'altération psychique.

ANALYSE :

Le malade qui s'est retrouvé valide après sa première fracture est actuellement grabataire moteur-cérébral à l'occasion d'une seconde fracture. Il n'existe aucune possibilité de réinsertion en milieu familial.

OBSERVATION N° 14

M. B... (Né en 1910)

M. B... est veuf, il a cinq enfants mariés.

Dans ses antécédents pathologiques on relève :

- En 1965, une dépression nerveuse.
- En 1968, la découverte d'un diabète et d'une artérite des membres inférieurs.

A l'âge de 60 ans en voulant empêcher de tomber une personne âgée, sur la voie publique, il fait lui-même une chute qui entraîne une fracture sous-capitale du fémur droit.

La mise en place d'un Clou Tripode est suivie de rééducation fonctionnelle. Quinze jours après la fracture, il est admis dans notre service pour la poursuite de la rééducation et pour la surveillance du diabète.

M. B... est valide à l'entrée, il marche sans appui et a un bon état psychique.

Le malade est admis 9 mois après son entrée dans le service, en centre de rééducation dans un état psycho-somatique satisfaisant.

Actuellement : soit, 16 mois après sa fracture, M. B... qui est encore en centre de rééducation, a un bon état psychique, marche correctement, le diabète est bien équilibré et il paraît possible de lui faire réintégrer son milieu familial.

ANALYSE :

Notre service a donc poursuivi la rééducation fonctionnelle, qui a été en fait longue, et aura ainsi participé à la réinsertion sociale.

OBSERVATION N° 15

Mme B... (Née en 1891)

Mme B..., ancienne gérante de société, est veuve. Elle a été hospitalisée dans notre service pour poursuite d'un traitement antiparkinsonnien.

A l'âge de 79 ans, elle fait une chute dans le service sur la hanche droite, qui entraîne une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit.

En raison du mauvais état général de la malade (maladie de Parkinson et cardiopathie), on s'abstient de toute thérapeutique.

Mme B... décède par collapsus cardiaque trente jours après sa chute.

ANALYSE :

Le mauvais état général ayant contre-indiqué un traitement de cette fracture, une évolution défavorable a été de ce fait accélérée.

OBSERVATION N° 16

Mme B... (Née en 1892)

Mme B..., veuve, sans enfant est hospitalisée depuis 1965 pour des séquelles d'hémiparésie droite avec rétraction en flexion du membre inférieur droit. Elle fait une chute de son lit d'hôpital à l'âge de 76 ans, qui entraîne une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit.

On s'abstient de toute thérapeutique orthopédique et l'on entreprend des séances de kinésithérapie.

Aucun résultat n'a pu être obtenu, la grabatisation reste totale.

Mme B... meurt quatre mois après son traumatisme, par collapsus cardiaque.

ANALYSE :

Chez cette malade déjà grabataire des suites d'une hémiparésie droite, la fracture du col du fémur a précipité la détérioration malgré les efforts soutenus de la kinésithérapie.

OBSERVATION N° 17

Mme B... (Née en 1889)

Mme B..., ancienne exploitante agricole est veuve et sans enfant.

Dans ses antécédents pathologiques, on ne relève aucune grande maladie.

A la suite d'une chute de sa hauteur dans sa cuisine, Mme B... présente à l'âge de 79 ans, une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit avec arrachement du petit trochanter. Cette fracture est d'abord traitée par traction-suspension pendant deux jours, puis, chirurgicalement par clou plaque.

La malade est admise quatre jours après la fracture dans notre service, elle se présente cliniquement à l'entrée avec :

- 1°) Insuffisance cardiaque bien compensée.
- 2°) Une infection urinaire.
- 3°) Un début de sclérose cérébrale.
- 4°) Une grabatisation motrice.

Au mois de novembre 1968, soit deux mois après le traumatisme, on constate dans le service un raccourcissement du membre inférieur droit, et les radiographies pratiquées montrent alors une courbure du clou de synthèse.

On s'abstient néanmoins de toute intervention en raison de l'altération psychique de la malade, désormais grabataire.

Mme B... décède dix mois après sa fracture des suites d'une broncho-pneumonie.

ANALYSE :

Chez cette malade, l'état psychique déficient a compromis toute chance d'intervention nouvelle et par la même de récupération fonctionnelle.

OBSERVATION N° 18

M. B... (Né en 1907)

M. B... est un ancien forgeron. Veuf et sans enfant, il vit seul.

M. B..., à l'âge de 64 ans en tombant de son lit d'hôpital où il avait été admis pour une nécrose de son deuxième orteil droit, présente une fracture sous-capitale du fémur droit. Cette fracture est traitée par la mise en place d'un clou tripode.

Après cette intervention, le membre a été mis en extension continue sur appareil de TILLAUX.

M. B... entre dans notre service trois mois et demi après la fracture dans un état de désorientation temporo-spatiale sur terrain éthyle, une insuffisance cardiaque et rénale, et avec une grabatisation motrice.

La rééducation fonctionnelle entreprise dès son admission n'a pas donné de résultats.

M. B... décède trois mois après son entrée dans notre service, par collapsus cardiaque.

CONCLUSION :

Là encore, échec thérapeutique en raison du terrain pathologique.

OBSERVATION N° 19

Mme B... (Née en 1898)

Mme B..., ancienne ouvrière agricole, est veuve, sans enfant.

Elle est grabataire, et présente une maladie de PARKINSON depuis l'âge de 70 ans.

Mme B... fait, à l'âge de 73 ans, une chute de son lit à son domicile où elle habite avec sa nièce. Cette chute entraîne une fracture sous-capitale de son fémur gauche. Une ostéosynthèse avec tête de MOORE est alors pratiquée.

Après être restée neuf mois dans le service de chirurgie, Mme B... entre dans le service de Gériatrie au mois de septembre 1971 dans un état de grabatisation cérébro-motrice. Elle est encore dans notre service et présente actuellement, en plus de l'état grabataire, des escarres infectées multiples et une infection urinaire.

ANALYSE :

On ne pouvait rien espérer d'une intervention chirurgicale sur une malade grabataire au départ, en raison d'un maladie de PARKINSON.

Donc, échec chirurgical et de réinsertion à domicile.

OBSERVATION N° 20

Mme B... (Née en 1885)

Mme B..., ancienne ménagère, veuve, sans enfant, vient du service de chirurgie vasculaire où elle avait été hospitalisée pour une artérite des membres inférieurs au mois de novembre 1970.

Adressée au Pavillon C au mois de janvier 1971, en raison de sa solitude, ainsi que pour son état général (cardio sclérose), Mme B..., alors âgée de 86 ans, présente quinze jours après son admission, une fracture pertrochantérienne du fémur droit à la suite d'une chute de son lit. La fracture a été traitée par une plaque monobloc vissée et cimentée. La malade fait six jours plus tard une gangrène talonnière droite qui a nécessité une amputation de la cuisse droite, et décède dans le service de chirurgie vingt jours après l'intervention, dans un état d'insuffisance cardiaque avec oedème aigu du poumon.

ANALYSE :

Donc, échec total de la méthode chirurgicale, chez une malade qui présentait déjà des troubles vasculaires importants.

OBSERVATION N° 21

Mme B... (Née en 1901)

Mme B..., ancienne ouvrière agricole, veuve, a deux enfants en bonne santé et vivait chez l'un deux.

On note dans ses antécédents pathologiques une maladie de PARKINSON ayant débuté en 1967.

Au mois de décembre 1969, Mme B... alors âgée de 68 ans, fait une chute à son domicile et présente une fracture sous-capitale du fémur gauche. La mise en place d'une tête de MOORE est décidée. La malade reste un mois et demi dans le service de chirurgie où elle bénéficie de séances de rééducation fonctionnelle, puis rentre à son domicile.

Mme B... est admise dans le service de Gériatrie le 25 février 1971, soit un an et demi après sa fracture pour aggravation de la maladie de PARKINSON. Elle se déplace alors très difficilement avec appui, on entreprend un traitement antiparkinsonien (Artane et Larodopa) ainsi que la rééducation fonctionnelle.

Quatre mois après son admission, la marche est satisfaisante et se fait avec une canne, si bien que l'on autorise la sortie en milieu familial pendant le week-end.

C'est au cours d'une sortie que la malade, au mois d'octobre 1971 fait une autre chute à son domicile, qui entraîne une fracture sous-capitale du fémur droit, ayant nécessité une autre ostéosynthèse par tête de MOORE, le lendemain. Quinze jours après l'intervention, apparaît une périphlébite de la saphène interne droite qui rétrocède sous traitement.

Les choses se compliquèrent à nouveau par la découverte au mois de décembre 1971 d'une luxation spontanée de cette prothèse expliquant sans doute la thrombose. La tentative de réduction de cette luxation se solda par un échec après lequel il fut alors décidé l'ablation de la tête afin de permettre la marche en résection tête-col.

La malade décède par collapsus cardiaque, cinq jours après l'ablation de la tête de MOORE.

ANALYSE :

L'état général qui s'était nettement amélioré, après la première fracture, et avait permis la sortie de la malade, s'est compliqué lors de la seconde fracture pour aboutir à une issue fatale.

OBSERVATION N° 22

Mme B.J.... (Née en 1883)

Mme B.J.... est veuve, retraitée, vit seule dans un appartement et a une fille mariée, chez qui elle va souvent, passer le week-end.

Dans ses antécédents pathologiques, on relève :

1°)- A l'âge de 8 ans, un rhumatisme articulaire aigu.
2°)- En 1934, une congestion pulmonaire.
3°)- En 1960, un zona ophtalmique.
4°)- Depuis 1968, une lithiase vésiculaire et une insuffisance cardiaque.

Au mois de juillet 1971, Mme B J... fait une chute de sa hauteur à son domicile, qui cause une fracture du col fémoral gauche, variété cervico-trochantérienne. La mise en place d'un clou plaque de Mac LAUGLIN est décidée. La rééducation fonctionnelle entreprise dans le service de chirurgie peu après l'intervention est ralentie en raison de douleurs persistantes des hanches qui sont le siège d'une arthrose. Au mois de septembre, on pratique l'ablation du montage en raison de ces mêmes douleurs.

La malade passe dans le service de Gériatrie au mois de novembre 1971, soit 5 mois après la fracture, dans un état d'impotence fonctionnelle totale. L'état cérébral est alors très satisfaisant. On entreprend la rééducation fonctionnelle qui est considérablement aidée par une bonne coopération de la malade qui veut à tout prix regagner son domicile. Elle peut marcher avec deux cannes-béquille trois mois après son admission.

Actuellement : la sortie de la malade est entravée par une cholécystite chronique lithiasique dont elle vient d'être opérée.

ANALYSE :

Chez cette malade de 88 ans, la rééducation fonctionnelle, aidée par la forte volonté de guérison a permis dans l'espace de trois mois de retrouver la marche avec appui double.

Notre service a donc là encore fonctionné comme un centre de rééducation et permettra la réinsertion de la malade à son domicile avec poursuite de la rééducation fonctionnelle.

OBSERVATION N° 23

Mme C... (Née en 1885)

Mme C... est ancienne gantière, veuve, a un fils vivant en dehors de Grenoble. Elle vit avec sa nièce.

Mme C... présente à l'âge de 86 ans, une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit, qui a été traitée par clou tripode.

La malade reste deux mois dans le service de chirurgie et est admise dans le service de Gériatrie en raison d'un mauvais état général : en effet, Mme C... présente une infection respiratoire et urinaire, ainsi qu'une démence sénile. Sur le plan moteur, elle est grabataire.

Malgré la thérapeutique anti infectieuse instituée, Mme C... meurt huit jours après son admission dans notre service, des suites d'une broncho-pneumonie.

ANALYSE :

Le traitement chirurgical utilisé pour favoriser le lever précoce et le retour rapide en milieu familial n'a pu empêcher le décès.

OBSERVATION N° 24

M. CH... (Né en 1893)

M. CH... est un employé des postes en retraite, veuf et sans enfant.

Antécédents pathologiques : processus rhumatismal dégénératif constaté à l'âge de 59 ans.

A l'âge de 67 ans, M. CH... présente dans des conditions indéterminées, une fracture cervico-trochantérienne que l'on traite par clou transcutané.

Cette fracture est reprise un an plus tard en raison de l'impotence fonctionnelle, et traitée par plaque coudée suivie de rééducation fonctionnelle.

Ce second séjour en chirurgie dure quatre mois à l'issue desquels le malade est adressé pour poursuite de la rééducation dans notre service.

Il présente à l'entrée un adénome prostatique, un blocage de la hanche droite et se déplace à l'aide d'une canne-béquille.

Le malade fait une infection urinaire et décède d'insuffisance rénale trois ans après le traumatisme.

ANALYSE :

La méthode opératoire suivi de rééducation fonctionnelle a donc permis la récupération partielle de la marche.

En raison d'un processus rhumatismal dégénératif d'un adénome prostatique, et, enfin de sa solitude, M. CH... n'a pu sortir du milieu hospitalier.

OBSERVATION N° 25

Mme CH... (Née en 1882)

Mme CH... est veuve, vit avec sa fille. Elle aurait présenté à l'âge de 70 ans, une pleurésie droite qui a bien rétrocédé.

Lors d'une rafale de vent, elle fait une chute sur la voie publique, en juillet 1968, qui entraîne une fracture per-trochantérienne du fémur droit. (Elle pesait alors 26 kg !).

Cette fracture a été synthésée par une plaque coudée à 130° et après des séances de rééducation fonctionnelle, Mme CH... a pu marcher à l'aide d'une canne au trente-cinquième jour de l'intervention.

Mme CH... passe dans notre service au mois de septembre 1968 pour poursuite de la rééducation fonctionnelle et elle rentre en milieu familial au mois de septembre 1968, soit trois mois après son traumatisme, avec un résultat fonctionnel satisfaisant puisqu'elle se déplace à l'aide d'une canne-béquille.

Nous avons appris le décès de Mme CH... survenu au mois de novembre 1971 par bronchopneumonie.

ANALYSE :

Bon résultat thérapeutique et réinsertion sociale sans problème. Décès éloigné du traumatisme.

OBSERVATION N° 26

Mme CH... (Née en 1888)

Mme CH..., ancienne gantière est veuve et sans enfant.

Elle présente dans ses antécédents pathologiques, une insuffisance cardiaque découverte en 1965.

Au mois de novembre 1968 dans des circonstances indéterminées, Mme CH... présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche, pour laquelle on la laisse au fauteuil le jour, et au lit la nuit en raison d'une détérioration importante de l'état psychique.

La malade est placée dans notre service au mois de janvier 1969, et se présente avec un bloc de branche droit, des escarres fessières et un état de grabatisation cérébrale et motrice.

Elle décède trois mois après son admission, dans un tableau infectieux et par collapsus cardiaque.

ANALYSE :

L'état cérébral et cardiaque n'ont pas permis un traitement plus efficace de cette fracture.

OBSERVATION N° 27

Mme CH... (Née en 1887)

Mme CH... est retraitée, veuve et sans enfant.

Dans ses antécédents pathologiques on note l'apparition :

1°)- En 1968, d'un diabète.
2°)- Une insuffisance cardiaque.
3°)- En 1969, une artérite des membres inférieurs.

A l'âge de 83 ans, Mme CH... fait une chute de sa hauteur à son domicile, qui est la cause d'une fracture du col du fémur droit, variété transcervicale. Cette fracture est alors traitée par immobilisation par traction-suspension pendant deux mois, suivie d'une amputation de cuisse gauche causée par l'aggravation de l'artérite. A la même période, on remarque l'apparition d'une détérioration psychique chez la malade qui désire que l'on mette un terme à sa vie.

La malade est admise au mois de décembre 1970, soit quatre mois après le traumatisme, dans le service de Gériatrie.

Elle se présente alors dans un état de grabatisation cérébrale et motrice avec une rétraction importante en flexion du membre inférieur droit.

Mme CH... décède au mois de février 1971 par collapsus cardiaque.

ANALYSE :

Chez cette malade traumatisée à l'âge de 83 ans, l'état psychique, l'amputation d'un membre, et la rétraction musculaire ont rendu illusoire toute chance de rééducation fonctionnelle et de réadaptation psycho-sociale.

OBSERVATION N° 28

M. CH... (Né en 1907)

M. CH..., est ancien archiviste, célibataire. Il a présenté un traumatisme crânien avec perte de connaissance lors d'un accident de la route à l'âge de 60 ans.

M. CH..., à 63 ans, est renversé par une automobile ce qui cause une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit. Cette fracture est alors traitée par clou-plaque de Mac LAUGLIN, et la mise en charge a lieu quinze jours après l'intervention.

M. CH... passe dans le service de Gériatrie vingt jours après sa fracture pour placement et poursuite de la rééducation; il marche alors avec une canne tripode, et l'état général est bien conservé. Un mois après, il est admis en maison de retraite.

ANALYSE :

Bon résultat fonctionnel et admission sans problème en maison de retraite.

OBSERVATION N° 29

Mme CH... (Née en 1885)

Mme CH... est une ancienne commerçante. Elle est veuve depuis 29 ans, a deux enfants et vit seule.

Au mois d'avril 1971, Mme CH... fait une chute de sa hauteur, qui entraîne une fracture sous-capitale du fémur droit, traitée par prothèse de MOORE. Les suites opératoires furent compliquées par un oedème douloureux du membre inférieur droit, compromettant la rééducation fonctionnelle pendant cinq jours.

Alors que tout semblait rentrer dans l'ordre, Mme CH... fait une autre chute qui entraîne une fracture diaphysaire du fémur droit, ainsi que la détérioration du montage synthétique, ceci 7 mois après le premier traumatisme.

La malade est admise au mois d'octobre 1971 dans le service de Gériatrie pour poursuite de la rééducation fonctionnelle et un petit syndrome cérébelleux.

Cette rééducation se fait au début sans marche et sans appui en raison de douleurs de la fesse droite.

Actuellement : Mme CH... peut marcher avec une aide.

ANALYSE :

Notre service a fonctionné ici encore comme un centre de rééducation.

OBSERVATION N° 30

Mme CL... (Née en 1879)

Mme CL... qui est veuve, ancienne gantière et vit à proximité du domicile de ses enfants, fait une chute de sa hauteur, à l'âge de 90 ans, dans son appartement où elle vit seule. Cette chute entraîne alors une fracture per-trochantérienne du fémur droit.

Après avoir été immobilisée par traction-suspension pendant 6 jours, elle bénéficie d'un clou-plaque tripode suivi de rééducation active et passive pendant trois mois. La malade est placée, par la suite, dans le service de Gériatrie.

Elle se présente à l'entrée, avec des douleurs résiduelles du membre inférieur droit, des escarres fessières et sacrées. Le psychisme est alors excellent et la mise à la marche avec une aide a lieu un mois après son admission. Un placement à domicile a été envisagé mais aucun membre de la famille ne voulant se charger de Mme CL..., celle-ci est restée dans notre service.

Dix mois après la fracture, Mme CL... se retrouve "grabataire moteur" avec un bon psychisme. Elle décède par arrêt cardiaque douze mois après la fracture.

ANALYSE :

Ici encore, échec de réinsertion à domicile en raison de l'attitude de la famille, quoique la marche ait pu être obtenue.

OBSERVATION N° 31

Mme C... (Née en 1877)

Mme C... est veuve, sans profession et vit seule.

A l'âge de 90 ans, lors d'une chute dans un escalier à son domicile, elle présente une fracture sous-capitale du fémur droit, qui est traitée par prothèse de MOORE. La malade reste trois mois dans le service de chirurgie puis alors valide, regagne le domicile de sa fille.

Après avoir été hospitalisée de nouveau au mois de février 1971 pour une artérite des membres inférieurs, on pratique une cholécystectomie en avril 1971 pour une lithiase biliaire.

Mme C... est admise dans notre service pour poursuite du traitement vaso-dilatateur institué pour l'artérite des membres inférieurs et pour raison sociale.

A l'entrée dans le service, l'état cérébral est bon, la marche est satisfaisante avec une canne-béquille.

Actuellement : Il reste le problème de l'insuffisance vasculaire des membres inférieurs pour laquelle Mme C... est traitée.

ANALYSE :

Bon résultat thérapeutique au niveau de la fracture du col du fémur. Rééducation fonctionnelle brève. Réinsertion en milieu familial problématique.

OBSERVATION N° 32

Mme C... (Née en 1891)

Mme C... veuve depuis 1943, vivait chez l'une de ses filles.

Dans ses antécédents, on note une insuffisance cardiaque apparue au mois de juillet 1971.

Mme C... présente la même année, à la suite d'une chute, une fracture du col du fémur droit, variété cervico-trochantérienne. Cette fracture est alors traitée par clou-plaque.

Un mois après l'intervention, la malade est adressée dans un service de médecine générale pour oedème aigu du poumon, où elle reste deux mois.

Mme C... est admise au mois d'octobre 1971 dans le service de Gériatrie pour poursuite d'un traitement digitalo-diurétique : l'espace moteur est alors nul. De plus, elle présente des escarres fessières, une infection urinaire et une obnubilation. La malade décède par collapsus cardiaque un mois après son admission.

ANALYSE :

Echec thérapeutique et social.

OBSERVATION N° 33

M. C... (Né en 1892)

M. C... est retraité de la S.N.C.F., veuf, sans enfant, et vit seul.

On relève dans ses antécédents pathologiques :

1°)- En 1964, prostatectomie pour un adénome prostatique.
2°)- En 1966, fracture du coude droit.
3°)- En 1968, une cure herniaire droite.

Au mois de septembre 1970, M. C... est renversé par une voiture, et présente alors :

- une double fracture du fémur droit, l'une sous-capitale, l'autre diaphysaire.
- une fracture du col chirurgical de l'humérus gauche.

La fracture du fémur est alors traitée par traction-suspension pendant trois mois. M. C... est admis dans le service de médecine gériatrique au mois de décembre 1970. Il souffre alors de multiples fractures qui entretiennent un état de grabatisation motrice, présente des infections multiples (respiratoire et urinaire). Une détérioration psychique déjà constatée à son entrée s'aggrave, si bien que la rééducation fonctionnelle fut vaine.

Cet état de grabatisation cérébrale et motrice ainsi que l'état infectieux entraînent la mort de M. C... un an après son traumatisme.

ANALYSE :

La rééducation fonctionnelle a été impossible en raison de la détérioration psychique du malade.

OBSERVATION N° 34

M. C... (Né en 1899)

M. C... est un ancien maçon, il vit avec sa femme, et a deux enfants mariés.

Dans ses antécédents, on relève : une artérite des membres inférieurs apparue en 1964.

En février 1967, M. C..., alors âgé de 68 ans, fait une chute de sa hauteur à son domicile. Cette chute entraîne une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit qui est traitée par traction-suspension pendant trois mois. A cette époque, les troubles circulatoires des membres inférieurs s'aggravent si bien que l'on procède alors à une amputation de la cuisse droite.

Le malade est admis dans le service de médecine gériatrique au mois de mai 1967. L'état psychique est excellent, le malade voulant rentrer le plus tôt chez lui après obtention d'une jambe artificielle. On continue le traitement vaso-dilatateur que l'on avait entrepris dans le service de chirurgie et on pratique des séances de rééducation passive.

M. C... rentre dans sa famille au mois d'avril 1968.

Actuellement : soit 4 ans après son traumatisme, M. C... a bon moral, mais la marche qui se fait avec une jambe artificielle et une béquille est gênée par ses troubles vasculaires des membres inférieurs.

ANALYSE :

Il y a donc eu réinsertion sociale après un séjour hospitalier de quatorze mois. Donc, bonne réussite sociale.

OBSERVATION N° 35

M. C... (Né en 1889)

M. C... vit seul à Grenoble.

Antécédents pathologiques : une insuffisance cardiaque depuis l'âge de 55 ans.

Au mois de novembre 1969, M. C... alors âgé de 79 ans,présente à la suite d'une chute dans un escalier une fracture per-trochantérienne du fémur droit avec arrachement du petit trochanter. Cette fracture est traitée par traction-suspension.

Admis cinq mois après dans le service de médecine gériatrique, pour raison sociale, M. C... se présente avec un raccourcissement du membre inférieur droit, ainsi qu'un bloc de branche droit.

M. C... regagne le domicile de ses nièces au mois de mai 1970, soit six mois après le traumatisme.

Actuellement : M. C... va bien, marche avec une canne-béquille.

ANALYSE :

Retour en milieu familial tardif.

OBSERVATION N° 36

Mme D... (Née en 1883)

Mme D... est veuve, sans antécédents pathologiques, a une fille, et vit seule.

Lors d'une chute de sa hauteur dans son jardin le 8 décembre 1970, Mme D... présente une fracture per-trochantérienne du fémur droit qui nécessite la mise en place le lendemain, d'un clou tripode. Les suites opératoires sont simples, et la malade qui peut marcher avec une canne est orientée le 3 janvier 1971 sur une maison de rééducation.

Quinze jours après, elle est de nouveau admise dans le service de chirurgie pour douleurs de la hanche droite compromettant la marche et la poursuite de la rééducation. Le membre inférieur droit est alors mis en traction, ceci jusqu'au mois de février 1971, puis, elle suit des séances de kinésithéraîe jusqu'au mois d'avril 1971, date à laquelle Mme D... passe dans notre service.

Elle présente à l'entrée, une légère altération psychique, et marche avec aide. La rééducation fonctionnelle se poursuit dans notre service, et l'on pense bien d'ici peu de temps la faire réintégrer son dimicile car la malade coopère bien.

ANALYSE :

Le passage dans le service de médecine gériatrique a donné confiance à la malade qui est actuellement optimiste, bien coopérante, ce qui permettra sans aucun doute une réinsertion à domicile.

OBSERVATION N° 37

Mme D... (Née en 1888)

Mme D... est retraitée et veuve. Elle vit seule, passe la période d'hiver chez l'une de ses trois filles.

On ne relève chez elle aucun antécédent pathologique.

Au mois d'avril 1968, Mme D... fait une chute de sa hauteur à son domicile et présente une fracture sous-capitale du fémur droit, qui est traitée par clou percutané.

La mise à la marche a eu lieu quinze jours après la fracture, et deux mois après, la malade regagne son domicile.

Au mois de novembre suivant, Mme D.. présente une hémiplégie gauche qui entraîne son hospitalisation au Pavillon C. GUERIN. C'est à cette même période que l'on constate une détérioration d'un psychisme avec syndrome dépressif, et un relâchement des sphincters.

La malade est admise dans le service de médecine gériatrique au mois de janvier 1969. A l'entrée, elle est grabataire moteur et cérébral, présente des escarres et une infection urinaire.

Malgré les efforts de la rééducation, l'état de grabatisation totale demeure actuellement chez Mme D... qui a 83 ans.

ANALYSE :

Alors qu'il y a eu un retour à domicile après la fracture du col du fémur, l'accident vasculaire cérébral a dégradé l'état général faisant apparaître une invalidité pour laquelle tout effort de rééducation fonctionnelle est illusoire.

OBSERVATION N° 38

Mme D... (Née en 1897)

Mme D..., ancienne exploitante agricole est veuve, vit avec son fils. Aucun antécédent pathologique.

Mme D... présente à l'âge de 70 ans, à la suite d'une chute dans sa cuisine, une fracture per-trochantérienne du fémur gauche. Le traitement a été effectué en 2 temps : tout d'abord, immobilisation au lit avec clou de STEIMAN, puis intervention trois jours après par la pose d'un clou-plaque de Mac LAUGHIN. Les résultats immédiats furent satisfaisants puisque la marche avec aide a eu lieu au sixième jour de l'intervention, et 30 jours après, celle-ci s'est faite sans appui. Mais l'état psychique de la malade s'est mis peu après à se dégrader, ce qui a entraîné le confinement au lit, accentué par un délabrement osseux d'origine ostéoporotique; c'est la raison pour laquelle M. D... est admise dans le service de Gériatrie, trois mois après la fracture. L'état général est alors précaire puisqu'il existe une grabatisation cérébrale et motrice. La rééducation fonctionnelle a été entreprise sans résultat.

La malade décède quatre ans après le traumatisme dans un tableau infectieux et d'insuffisance rénale.

ANALYSE :

La récupération motrice qui a été obtenue peu après l'intervention chirurgicale s'est estompée pour être réduite à néant en raison de la cérébrosclérose.

Echec social complet.

OBSERVATION N° 39

Mme F... (Née en 1886)

Mme F... est veuve, sans enfant, vit seule. Elle avait exercé successivement la profession de gantière et de femme de ménage.

Dans ses antécédents pathologiques, on relève : l'existence d'une insuffisance rénale apparue en 1967.

Mme F... fait à l'âge de 72 ans, une chute à son domicile qui est la cause d'une fracture de col fémoral gauche, variété sous-capitale.

Elle bénéficie d'une prothèse céphalique avec tête de MOORE, pratiquée après échec d'une tentative d'enclouage.

Les suites opératoires sont alors simples et la malade regagne son domicile trois mois après le traumatisme.

Mme F... est hospitalisée au mois de septembre 1970 dans le service de médecine gériatrique en raison d'une capillarite allergique , l'insuffisance rénale chronique, et surtout, parce qu'elle vit seule.

A l'entrée, elle peut se déplacer à l'aide d'une canne.

Alors que son état somatique s'était amélioré, et que l'on pensait la placer en maison de retraite, la malade fait une chute de sa hauteur dans le service, et présente alors une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit. Elle est évacuée sur un service de chirurgie où elle décède le 2 octobre 1971 par collapsus cardiaque.

ANALYSE :

Cette malade présentant une insuffisance rénale chronique et une capillarite, avait retrouvé la validité après la première fracture du col du fémur au point qu'elle a pu regagner son domicile. La seconde fracture a entraîné la mort avant même que toute intervention ait été effectuée.

OBSERVATION N° 40

Mme F... (Née en 1898)

Mme F... est célibataire, a une fille et vit seule.

Etylique, elle a été hospitalisée pour un bilan digestif au Pavillon C. Guerin, en 1970, où l'on découvre une cirrhose macronodulaire.

Au mois de mars 1971, Mme F... présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit. Elle est alors traitée par la méthode de LUCAS-CHAMPIONIERE, puis, deux mois après, est admise au Pavillon Berey pour rééducation fonctionnelle. A cette période, la marche se fait difficilement à l'aide de béquilles.

Quelques temps après, une radiographie de contrôle de la hanche droite met en évidence une mauvaise consolidation de cette fracture.

Une ostéosynthèse par prothèse de MOORE est réalisée au Pavillon Latreille au mois d'août suivant.

La malade regagne le service au mois d'octobre suivant, la kinésithérapie, aidée de l'esprit de coopération de Mme F... donne de bons résultats, si bien qu'elle peut marcher avec l'aide d'une seule béquille.

Mme F... dont l'état général n'inspirait aucune crainte, en dehors d'une insuffisance cardiaque vite stabilisée, fait deux chutes consécutives dans le service, ce qui est la cause d'une fracture sous-capitale du fémur gauche. Une prothèse de MOORE est mise en place au Pavillon Latreille au mois d'octobre 1971. Les suites opératoires sont simples et la malade regagne à nouveau le service de médecine gériatrique, au mois de novembre suivant. On reprend la rééducation, si bien que :

Actuellement : Mme F... qui a bon moral, marche à l'aide d'une canne béquille.

ANALYSE :

Donc, fracture bilatérale intervenue dans l'espace de neuf mois chez une femme de 73 ans. Au point de vue fonctionnel, bons résultats, car Mme F... avec deux prothèses, marche convenablement.

Mais on ne peut envisager actuellement le retour de Mme F... en milieu familial en raison d'une anémie importante qui nécessite des transfusions, et pour laquelle un bilan général doit être repris.

OBSERVATION N° 41

Mme F... (Née en 1887)

Mme F... est veuve, ancienne gantière à domicile, sans antécédents pathologiques, et a un fils en bonne santé.

A l'âge de 77 ans, à la suite d'une chute de sa hauteur à son domicile, elle présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche qui est traitée par clou tripode.

Cette malade, quatre mois après son traumatisme, rejoint sans problème son milieu familial. Mais, cinq ans après, elle est admise dans le service de Gériatrie pour démence sénile. Au point de vue fonctionnel, la marche se fait alors avec une canne quoique l'on ait noté une lyse partielle de la tête fémorale avec arthrose de la hanche gauche. La malade décède par accident vasculaire cérébral, en janvier 1971, soit sept ans après son traumatisme.

ANALYSE :

Décès fort éloigné du traumatisme. Il y a eu une bonne récupération tant fonctionnelle que sociale, puisque la malade a pu rejoindre son milieu familial assez rapidement.

OBSERVATION N° 42

M. F... (Né en 1888)

M. F... est ancien artisan coiffeur, sans enfant, et vit avec sa femme.

Dans ses antécédents pathologiques on note en 1968 l'apparition de crises d'épilepsie, type grand mal.

A l'âge de 83 ans, M. F... à la suite d'une chute, présente une fracture du col fémoral gauche, variété per-trochantérienne. Cette fracture est alors traitée par la mise en place d'un clou tripode. Les suites opératoires se sont compliquées d'une infection de la cicatrice d'intervention. La rééducation fonctionnelle est entreprise dans le service de chirurgie où le malade demeure cinq mois. Il a pu par la suite marcher à l'aide d'une canne, et regagner son domicile.

M. F... est admis dans le service de médecine gériatrique au mois de mai 1972, soit quinze mois après la fracture, car sa femme étant seule éprouve de plus en plus de difficultés à s'occuper de lui; de plus, les crises comitiales sont devenues fréquentes et le malade présente une infection broncho-pulmonaire.

A l'entrée dans le service, M. F... est semi valide, se déplaçant très péniblement avec une canne. On pratique alors la rééducation fonctionnelle, un traitement anti-épileptique est anti-infectieux.

Actuellement : La rééducation fonctionnelle se poursuit quoique gênée quelque peu par la faible participation du malade victime d'une cérébrosclérose. Les possibilités de sortie sont pour l'instant nulles.

ANALYSE :

La réinsertion à domicile a bien été obtenue au début. L'aggravation de l'état général de M. F... a entraîné la réhospitalisation.

Avec le facteur nouveau constitué par lacérébrosclérose, M. F... aura beaucoup de difficultés à retrouver la marche.

OBSERVATION N° 43

Mme F... (Née en 1879)

Mme F... est veuve, sans profession et a trois enfants vivant en dehors de Grenoble.

Antécédents pathologiques : Apparition en 1952 d'un début de cataracte, et en 1954 d'une obésité.

A l'âge de 77 ans, Mme F... fait une chute dans un escalier et présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche. Cette fracture est traitée par traction-suspension à Nice, pendant trois mois et demi.

La malade regagne par la suite le domicile de l'un de ses enfants, marchant alors avec deux cannes.

Au fil des années, la vue se met à baisser et la marche est rendue de plus en plus difficile en raison de l'obésité. Par ailleurs se sentant une charge pour ses enfants, une altération psychique progressive s'installe, ce qui amène le placement de Mme F... dans le service de médecine gériatrique au mois d'avril 1962, soit 6 ans après la fracture. A l'entrée, Mme F... présente une amyotrophie du membre inférieur gauche et marche difficilement avec deux cannes.

On entreprend alors de faire maigrir la malade, et l'on pratique la rééducation fonctionnelle. C'est ainsi que six mois après son admission les douleurs à la marche diminuent, et le moral se met à remonter.

Mais le décès de l'un de ses enfants entraîne une démission de la part de Mme F... qui ne coopère plus à sa guérison, et au mois d'octobre 1971, elle se trouve grabataire moteur et cérébral.

La malade décède par infection pulmonaire à l'âge de 92 ans, soit 15 ans après le traumatisme.

ANALYSE :

Il y a eu réadaptation sociale, peu après le traumatisme, mais l'augmentation des douleurs, la baisse de l'acuité visuelle, l'obésité, et surtout l'état de dépendance de la malade envers ses enfants, entraînent une altération du psychisme qui amène le placement de Mme F... en médecine gériatrique.

Alors que l'on était parvenu à améliorer son état psycho-somatique, le décès de l'un de ses enfants a entraîné la démission de Mme F..., qui se retrouve grabataire moteur et cérébral.

OBSERVATION N° 44

Mme G... (Née en 1887)

Mme G... est veuve, sans antécédents pathologiques, perçoit la retraite de son mari. Elle n'a pas d'enfant et vit seule dans un appartement.

Au mois de mai 1969, Mme G... qui a alors 82 ans, fait une chute de sa hauteur à son domicile, qui cause une fracture du col du fémur gauche, variété sous-capitale.

Elle est adressée dans un service de chirurgie, et le traitement s'est déroulé de la manière suivante :

1°)- Au mois de mai 1969, mise en place d'un clou tripode.

2°)- En juin 1969, ablation de ce clou trop long, qui est remplacé par un plus court.

3°)- En septembre 1969, ablation du clou tripode en raison de l'apparition d'une pseudo-arthrose et d'une nécrose de la tête fémorale.

La malade regagne alors son domicile au mois de novembre 1969. Elle marche alors difficilement et on lui adjoint une infirmière à domicile.

L'admission directe en médecine gériatrique est demandée par son médecine traitant en raison de douleurs persistantes du membre inférieur gauche entraînant de grandes difficultés de la marche et une incontinence urinaire.

La malade entre alors dans le service le 4 février 1971, elle est classée en catégorie non valide au mois de mars suivant.

L'éventualité de la mise en place d'une prothèse a été envisagée, mais en raison d'une ostéoporose diffuse, on surseoit à l'intervention.

Actuellement : Soit 2 ans après la fracture, le périmètre de marche est de plus en plus réduit et les douleurs osseuses sont soulagées par radiothérapie.

ANALYSE :

Echec thérapeutique qui n'a pu empêcher une pseudo-arthrose et une nécrose de la tête fémorale chez cette malade. Aucune alternative chirurgicale n'est actuellement possible en raison de l'importance de l'ostéoporose. Donc, échec du traitement. Echec social.

OBSERVATION N° 45

Mme G... (Née en 1888)

Mme G... est veuve et sans enfant. Elle vit seule et aurait exercé la profession de gantière.

Dans ses antécédents pathologiques, il faut noter l'apparition en 1969 d'une hypertension artérielle suivie peu de temps après d'une insuffisance cardiaque.

A l'âge de 83 ans, Mme G... fait une chute de son lit et présente une fracture du col du fémur droit, variété transcervicale.

Trois jours après le traumatisme, la malade bénéficie d'une prothèse de MOORE. Les suites opératoires se compliquent alors d'escarres fessières et d'une décompensation de l'insuffisance cardiaque qui ralentit la rééducation fonctionnelle que l'on entreprend alors quinze jours après l'intervention.

La malade est admise dans le service de médecine gériatrique, trois mois après la fracture pour poursuite de la rééducation. Elle se présente alors avec une sonde à demeure, et se déplace difficilement avec deux cannes tripode. La malade reste trois mois dans notre service à l'issue desquels, elle peut marcher aidée d'une seule canne, puis regagne son domicile avec un traitement digitalo-diurétique.

ANALYSE :

Notre service en prenant Mme G... en charge, a pleinement rempli sa fonction de réadaptation, ce qui a favorisé le retour à domicile.

OBSERVATION N° 46

Mme G... (Née en 1879)

Mme G... est ancienne gantière, veuve, vit seule et ne présente pas d'antécédents pathologiques.

Elle est hospitalisée depuis 1967 dans le service de gérontologie pour raison sociale et détérioration psychique.

A l'âge de 89 ans, en s'appuyant sur une poignée de porte qui a cédé sous son poids, elle fait une chute de sa hauteur, qui entraîne une fracture sous-capitale du fémur gauche avec grand déplacement. La mise en place d'une prothèse cimentée de THOMPSON est décidée. La malade réintègre notre service trente jours après le traumatisme, la marche est alors très satisfaisante et se fait sur appui.

La malade qui allait bien, fait 3 ans après ce traumatisme une broncho-pneumonie qui entraîne sa mort.

ANALYSE :

Ici résultat fonctionnel tout à fait satisfaisant après l'intervention chirurgicale. La réinsertion sociale aurait pu être opérée qui la malade avait de la famille.

OBSERVATION N° 47

Mme G... (Née en 1883)

Mme G... est veuve, sans enfant, elle vit seule.

Dans ses antécédents pathologiques, on note :

- En 1965, l'apparition d'un diabète.
- En 1968, une insuffisance cardiaque.

Lors d'une chute de sa hauteur à son domicile, Mme G... présente une fracture du col du fémur droit, variété cervico-trochantérienne.

Admise alors à l'hôpital Sud, la malade est mise en traction-suspension. Puis l'on pratique des séances de rééducation fonctionnelle. Trois mois plus tard, Mme G..., qui se déplace difficilement avec deux cannes tripode, regagne son domicile.

Le manque d'assurance de la marche provoque une nouvelle chute un mois après sa sortie du service de traumatologie, qui entraîne l'admission de Mme G... dans le service de médecine gériatrique. La malade, quoique ne présentant pas de nouvelle fracture, ne marche pas. Progressivement, une altération psychique s'installe, en dépit de tout ce qui a pu être fait pour redonner à Mme G... un goût à la vie.

La grabatisation cérébrale et motrice s'installe inexorablement. L'état cardiaque se dégrade peu à peu et la malade décède au mois de décembre 1971 par collapsus, soit onze mois après le traumatisme.

ANALYSE :

Il y a eu échec total de la réadaptation psycho-sociale et de la réinsertion à domicile.

OBSERVATION N° 48

Mme G... (Née en 1904)

Mme G..., ouvrière agricole, est mariée et sans enfant.

Dans ses antécédents on ne relève aucune maladie.

C'est en faisant une chute de son lit que Mme G... présente à l'âge de 66 ans une fracture sous-capitale du fémur gauche.

La mise en place d'une prothèse de MOORE est alors décidée.

Quelques jours après l'intervention, on découvre une maladie de PARKINSON, suivie d'une démence pré-sénile, et, quinze jours après le traumatisme, la malade est admise dans le service de Neuropsychiatrie où l'in institue un traitement antiparkinsonien.

Mme G. passe dans le service de médecine gériatrique au mois de février 1971 pour rééducation fonctionnelle et poursuite de son traitement antiparkinsonien.

A l'entrée dans le service, la grabatisation motrice est installée, en outre, Mme G... présente des escarres multiples et une infection urinaire.

Elle part à l'hôpital de Voiron à la demande de sa famille douze jours après son admission dans le service.

Nous avons appris le décès de Mme G... survenu au mois de mai 1971 dans un état infectieux, soit sept mois après le traumatisme.

ANALYSE :

La détérioration psychique et la maladie de PARKINSON découverte après l'intervention chirurgicale ont compromis toute chance de récupération fonctionnelle et par là même, la réinsertion en milieu familial.

OBSERVATION N° 49

Mme G... (Née en 1888)

Mme G... est veuve, vit seule. On ne lui retrouve pas d'antécédents pathologiques.

A l'âge de 79 ans, Mme G... présente une fracture basi-cervicale du fémur gauche. Cette fracture est d'abord traitée par clou tripode, puis traction pendant huit jours.

La malade est admise quatre mois après au Pavillon C. Elle présente à l'entrée, un purpura rhumatoïde.

L'état cérébral est très satisfaisant et la marche se fait sans appui.

Six mois après, Mme G... rejoint le domicile de son fils.

ANALYSE :

Bonne réussite sociale, réadaptation tardive.

OBSERVATION N° 50

M. G... (Né en 1902)

M. G... est ouvrier agricole, marié et a une fille.

Il présente depuis 1960 une bronchite itérative, et depuis 1964, une artérite des membres inférieurs.

A l'âge de 64 ans, M. G... présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche à la suite d'une chute d'un escabeau. Il est traité à l'hôpital Edouard Herriot à Lyon par traction-suspension. Le malade reste alors hospitalisé pendant trois mois environ, puis part dans un centre de rééducation fonctionnelle où il reste deux mois avant de regagner le domicile familial.

M. G... au début, a pu se déplacer à l'aide d'une canne. Par la suite, les difficultés de la marche s'accentuèrent, aggravées par une coxarthrose.

Au mois de décembre 1970, M. G... est admis au Pavillon Chissé B en raison de l'apparition d'un coeur pulmonaire chronique incipiens et l'aggravation de l'artérite des membres inférieurs. Dans le même temps s'accentuent les douleurs arthrosiques, surtout du côté du membre traumatisé.

M. G... passe dans le service de médecine gériatrique au mois de janvier 1971, il se déplace alors, à petits pas, avec une canne.

Actuellement : M. G... est semi-valide en raison de sa coxarthrose que l'on essaie de soulager par une thérapeutique antiinflammatoire et par la kinésithérapie.

ANALYSE :

Le traitement par immobilisation de la fracture du col du fémur suivie de rééducation fonctionnelle a permis une réinsertion à domicile. Il est à penser qu'une fois ses douleurs arthrosiques soulagées, M. G... pourra rentrer à nouveau chez lui.

OBSERVATION N° 51

Mme G... (Née en 1897)

Mme G... est veuve, sans enfant, vit seule. Elle a exercé la profession de ménagère dans sa jeunesse.

On ne lui retrouve aucun antécédent pathologique.

Au mois de juin 1970, Mme G... qui est alors âgée de 73 ans, fait une chute de sa hauteur, qui cause une fracture sous-capitale du fémur droit. La mise en place d'un clou-plaque de Mac LAUGHIN est alors décidée.

Dans les suites apparaît une désorientation temporo spatiale, entravant par le manque de coopération de la malade, la rééducation fonctionnelle.

Mme G... est placée au mois de juillet 1970 dans le service de médecine gériatrique.

Il existe à son entrée :

1°)- Une grabatisation motrice avec rétraction en flexion de la jambe droite, la hanche droite est en rotation interne et en adduction.

2°)- Des escarres fessières et talonnières.

3°)- Un encombrement pulmonaire.

4°)- Une grabatisation cérébrale.

Le traitement anti-infectieux et le nursing n'ont pu empêcher le décès de Mme G... qui survient en juillet 1970, soit vingt jours après son admission.

ANALYSE :

La détérioration de l'état psychique a compromis toute chance de récupération fonctionnelle chez cette malade qui décède par complications de décubitus.

OBSERVATION N° 52

Mme G... (Née en 1877)

Mme G... ancienne gantière est veuve, et vit chez sa fille. On ne lui retrouve pas d'antécédents pathologiques.

A l'âge de 89 ans, Mme G... présente une fracture du col du fémur droit, variété sous-capitale, secondaire à une chute de sa hauteur au domicile de sa fille.

Le membre inférieur droit est alors mis en traction-suspension pendant huit jours puis Mme G... bénéficie d'une prothèse de MOORE. Les suites opératoires se compliquent d'une suppuration de la plaie opératoire, nécessitant la mise en oeuvre d'un traitement antibiotique.

La rééducation fonctionnelle commencée au mois de janvier 1967, huit jours après l'intervention, est abrégée par l'apparition d'une désorientation temporo spatiale ayant pour effet de supprimer la coopération de la malade, si bien que, un mois après le traumatisme Mme G... est grabataire moteur et cérébral.

La malade est admise au mois d'avril 1967 dans le service de médecine gériatrique, où malgré les soins prodigués, nursing, antibiothérapie, elle décède neuf mois après son admission, dans un tableau infectieux.

ANALYSE :

La détérioration de l'état cérébral compromettant toute rééducation fonctionnelle a fait de la malade une grabataire moteur et cérébral, et a entraîné le décès par infection de décubitus. Echec social.

OBSERVATION N° 53

Mme G... (Née en 1884)

Mme G... est veuve, sans profession et vit chez sa fille.

Antécédents pathologiques : apparition à l'âge de 70 ans d'une insuffisance cardiaque.

Au mois de janvier 1970, Mme G.. qui est alors âgée de 86 ans, fait une chute de sa hauteur. Cette chute entraîne une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche, qui est traitée par traction-suspension.

La malade est admise au mois d'avril suivant dans un Centre de Rééducation pour poursuivre la rééducation fonctionnelle qui avait alors été commencée dans le service de Chirurgie.

Alors que tout allait bien, la marche se faisant sans appui et que l'on pensait lui faire réintégrer son domicile, Mme G... fait une autre chute et présente 5 mois plus tard une fracture cervicale vraie du fémur droit, variété transcervicale. La malade bénéficie alors d'une prothèse de MOORE, suivie de séances de rééducation fonctionnelle et Mme G... qui alors se déplace à l'aide d'une canne, regagne le domicile de sa fille, trois mois après cette seconde fracture.

Au cinquième mois de l'intervention, des douleurs au niveau de la prothèse apparaissent limitant la marche, et la malade, n'en pouvant plus, est admise à nouveau en milieu hospitalier, le 2 mai 1971. Elle suit alors des séances de rééducation passive et active, et est placée dans le service de médecine gériatrique, 2 mois plus tard.

A son entrée, elle présente une décompensation de l'insuffisance cardiaque qui est traitée par des digitaliques-diurétiques. Sur le plan moteur, elle marche avec une aide.

Actuellement : La marche est satisfaisante et se fait avec une canne.

Sa fille ne voulant pas reprendre la malade sans une aide à domicile, on étudie le placement de Mme G... dans une maison de retraite.

ANALYSE :

Ici,la rééducation fonctionnelle a été prolongée avec réinsertion tardive à domicile, chez cette malade qui a présenté à neuf mois d'intervalle deux fractures du fémur. Après le retour en milieu hospitalier motivé par les douleurs de la hanche, secondaires à la mise en place de la prothèse, il se pose actuellement un problème de placement dans une institution, puisque la famille

OBSERVATION N° 54

Mme G... (Née en 1888)

Mme G... qui est veuve, vit chez sa fille.

Dans ses antécédents pathologiques, on note :

- L'apparition en 1960 d'une polyarthrite chronique évolutive.
- En 1962, un diabète cortisonique.

A l'âge de 81 ans, à la suite d'un faux pas, Mme G... fait une chute qui entraîne une fracture sous-capitale du fémur gauche.

Le diabète constituant une contre-indication pour la mise en place d'une prothèse, Mme G... est traitée par immobilisation par traction-suspension.

La malade reste quatre mois dans un service de chirurgie, puis est admise au Pavillon C. Elle marche avec un cadre à appui sous-axillaire, présente un raccourcissement du membre inférieur gauche. Le diabète est équilibré. On poursuit alors la rééducation fonctionnelle.

Mme G... sort du service au mois de juillet 1970, soit quinze mois après sa fracture, avec une chaussure compensatrice et un appareillage à la hanche gauche, et regagne le domicile de sa fille.

Mme G... qui a actuellement 83 ans est semi-valide et a un bon état psychique.

ANALYSE :

Donc réinsertion tardive en milieu familial, liée à l'attente d'un appareillage (quinze mois plus tard).

OBSERVATION N° 55

Mme G... (Née en 1887)

Mme G... ancienne ouvrière agricole est veuve, vit seule et a deux enfants mariés.

Antécédents pathologiques :

- Depuis 1955, polyarthrite chronique évolutive.
- En 1960, un infarctus du myocarde.

C'est lors d'une chute dans un champ que Mme G... fait une fracture per-trochantérienne du fémur droit à l'âge de 79 ans. La malade est alors immobilisée par traction au lit pendant trois mois, puis bénéficie de séances de rééducation fonctionnelle pendant deux mois au Pavillon Canel B.

Admise au Pavillon C cinq mois après son traumatisme pour placement et poursuite de la rééducation, Mme G... se présente à l'entrée dans le service avec :

1°) sur le plan cardio-vasculaire, une insuffisance cardiaque décompensée,

2°) sur le plan moteur, la marche est rendue difficile d'une part en raison d'une mauvaise consolidation de la fracture (Coxa Vara), d'autre part par l'existence de douleurs articulaires résultant de la polyarthrite chronique évolutive.

La malade est alors prise en charge par le kinésithérapeute, reçoit une thérapeutique digitalo-diurétique, des antalgiques. Six mois après son admission, Mme G... peut se déplacer avec deux cannes-béquille.

Mme G... regagne le domicile de l'un de ses enfants au mois de septembre 1968, soit deux ans après le traumatisme.

ANALYSE :

La rééducation fonctionnelle prolongée, même si elle n'a pas permis la restitution totale de la marche, (gênée par la consolidation de la fracture en Coxa Vara et par les douleurs arthrosiques) aura permis en tout cas la réinsertion tardive en milieu familial.

OBSERVATION N° 56

Mme G... (Née en 1888)

Mme G... est mariée, sans profession, vit seule.

Dans ses antécédents, on relève une insuffisance cardiaque apparue depuis l'âge de 65 ans.

Mme G... en raison d'une décompensation de l'insuffisance cardiaque, est hospitalisée au Pavillon Chissé B en juillet 1967, puis, passe au Pavillon C au mois de septembre suivant, pour surveillance d'un traitement Digitalo-diurétique et placement secondaire en maison de retraite.

C'est dans ce service, où deux mois après son admission, la malade dont l'état général s'est mis à baisser, fait une chute de son lit, qui cause une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit. En raison de son âge, et surtout de son coeur fragile, on s'abstient de tout traitement agressif et la malade est mise au fauteuil le jour, au lit la nuit.

Malgré le Nursing et le traitement anti-infectieux pratiqué en raison de l'apparition d'escarres multiples, Mme G... décède au mois de mars 1968, soit cinq mois après sa fracture dans un état infectieux et ictéro-ascitique.

ANALYSE :

Donc, échec social complet. L'état cardiaque a compromis toute chance de traitement efficace de la fracture.

OBSERVATION N° 57

Mme G... (Née en 1886)

Mme G..., mère de quatre enfants, vit avec son mari près de Grenoble. Elle a toujours été en bonne santé en dehors d'un petit diabète qu'elle présente depuis 1962.

Au mois de décembre 1966, Mme G... fait une chute de sa hauteur à la suite d'un faux pas, qui cause une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche. Cette fracture est traitée par traction-suspension pendant quatre mois, puis la malade bénéficie de séances de rééducation fonctionnelle.

Au mois d'avril 1967, Mme G... est admise dans le service de Gériatrie pour poursuite de la rééducation fonctionnelle. L'état psychique est bon; sur le plan moteur les progrès sont sans cesse croissants, si bien que trois mois après son admission, la marche est très satisfaisante et se fait sans appui.

Mme G... regagne son domicile au mois d'octobre suivant, soit 10 mois après le traumatisme.

L'état général est actuellement très satisfaisant, la marche à l'âge de 85 ans se fait toujours sans appui.

ANALYSE :

Là encore le passage de Mme G... dans le service de médecine gériatrique a permis une bonne réadaptation psycho-sociale.

OBSERVATION N° 58

M. K... (Né en 1881)

M. K..., ancien ouvrier agricole est veuf, sans enfant et sans antécédents pathologiques.

A l'âge de 86 ans, M. K..., en faisant une chute de son lit au lever, présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit. Cette fracture est traitée par immobilisation par traction-suspension au Pavillon Canel B.

Le malade est admis au Pavillon C trois mois après, [illegible] en mauvais état général. En effet, M. K... est pâle et comateux, présente une forte altération du psychisme et reste confiné au lit.

Les efforts de rééducation fonctionnelle sont considérablement entravés par cette baisse de l'état psychique, et des escarres multiples apparaissent en dépit de soins continus.

M. K... décède dans un tableau infectieux 5 mois après le traumatisme.

ANALYSE :

La coopération du malade à la rééducation fonctionnelle n'a pas été obtenue en raison de la cérébro-sclérose; c'est ce qui explique la grabatisation motrice et ses conséquences fatales.

OBSERVATION N° 59

Mme L... (Née en 1879)

Mme L... est retraitée, veuve, a un fils et vit seule.

Dans ses antécédents pathologiques, on note :

- Depuis l'âge de 60 ans, des épisodes bronchitiques.
- En 1960, une surdité par otosclérose.
- En 1962, une catarracte bilatérale.

Mme L... est hospitalisée au Pavillon C. au mois de mars 1969 en raison de sa solitude et pour des soins. Elle est alors semi-valide à cause de la surdité, la baisse de l'acuité visuelle et une légère altération de l'état psychique.

Après avoir présenté une ischémie du membre inférieur gauche liée à une arthérosclérose qui a alors été traitée par des injections intra-artérielles de vaso-dilatateurs, Mme L... fait au mois d'octobre 1970 une chute de son lit qui cause une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche; on décide de la mettre au fauteuil en raison de son grand âge et de l'état général.

Un mois après la fracture, des escarres (dont un prélèvement a montré la présence de colibacilles) et une infection pulmonaire plongent la malade dans une torpeur et une somnolence qui compromettent toute participation à la rééducation. Mme L... devient grabataire moteur et cérébral. Elle décède au mois de juin 1971, soit neuf mois après sa fracture, des suites d'épisodes infectieux multiples.

ANALYSE :

L'état général et le grand âge (fracture à l'âge de 91 ans) ont contre-indiqué toute thérapeutique efficace.

OBSERVATION N° 60

Mme L... (Née en 1885)

Mme L... est une ancienne gantière. Elle a deux enfants vivant à Grenoble.

Dans ses antécédents, il faut noter à l'âge de 83 ans, une intervention chirurgicale pour un cancer du colon. En mars 1970, à la suite d'une chute de sa hauteur à son domicile, Mme L... présente une fracture per-trochantérienne de son fémur droit. Elle est traitée par traction-suspension pendant 4 mois, suivie de rééducation fonctionnelle pendant 2 mois environ, le tout avec un résultat décevant.

La malade passe peu après dans le service de Rhumatologie, pour une ostéose raréfiante, où elle reste 6 mois. Elle est admise dans notre service le 5 février 1971. La marche est alors impossible. Elle reçoit un traitement anabolisant et l'on poursuit la rééducation fonctionnelle. 50 jours après son admission, la malade est hospitalisée à domicile, ayant pu entre-temps se déplacer activement du lot au fauteuil. Mais elle revient 2 mois après, à la suite d'une tentative de suicide et dans un état de désorientation temporo-spatiale, ce qui entraîne 48 heures après, son admission en milieu psychiatrique.

Mme L... se trouve encore à l'hôpital Psychiatrique Départemental où son état est stationnaire sur le plan cérébral. Au point de vue moteur, elle est grabataire.

ANALYSE :

Fracture du col fémoral ayant subi une évolution favorable qui a entraîné une réinsertion dans le milieu familial, mais avec rechute secondaire par détérioration psychique.

OBSERVATION N° 61

Mme L... (Née en 1901)

Mme L..., sans profession, mère de deux enfants, vit seule à son domicile.

Au mois d'avril 1970, à la suite d'un accident de la circulation, elle présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit. Elle est alors traitée à l'Hôpital Sud par la mise en place d'une plaque coudée, puis bénéficie de séances de rééducation fonctionnelle.

Cinq mois après le traumatisme, Mme L... est adressée dans le service de médecine gériatrique pour raison sociale. Sur le plan moteur et cérébral, les résultats sont satisfaisants.

Mme L... vit actuellement chez sa belle-fille et marche avec une béquille.

ANALYSE :

Bonne réussite sociale. Le passage dans le service a favorisé la réadaptation psycho-sociale de Mme L... puisque la famille a voulu la récupérer.

OBSERVATION N° 62

Mme L... (Née en 1894)

Mme L... est veuve, sans enfant.

Dans ses antécédents pathologiques, on note depuis 1950 des épisodes bronchitiques.

Depuis 1968, la malade qui vivait seule, est placée à la maison de retraite de LA BATIE où l'on découvre une maladie de PARKINSON.

Au mois d'août 1969, Mme L... fait une chute dans des escaliers, et présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche. Elle est traitée au Pavillon Latreille par la mise au fauteuil le jour et traction la nuit.

La mise à la marche avec appui double, a lieu deux mois après la fracture. La malade est admise dans notre service pour poursuite de la rééducation fonctionnelle et soins complémentaires au mois de janvier 1970. Elle se présente avec des escarres sacrées, un état confusionnel et marche difficilement avec appui double. On poursuit le traitement antiparkinsonien et l'on traite ses escarres. La rééducation active et passive est poursuivie et deux mois après, Mme L... se déplace sans difficultés avec une canne.

Le problème actuel chez Mme L... est celui de la maladie de Parkinson dont le traitement se poursuit.

On pense lui faire regagner bientôt la maison de retraite.

ANALYSE :

Rééducation fonctionnelle prolongée avec réinsertion de maison de retraite qui sera tardive en raison de la maladie de Parkinson.

OBSERVATION N° 63

M. M... (Né en 1892)

M. M..., ancien ouvrier agricole, est marié et père de deux enfants.

Antécédents pathologiques : une cirrhose alcoolique apparue à l'âge de 60 ans.

Lors d'une chute de sa hauteur, M. M... présente à l'âge de 77 ans, une fracture sous-capitale du fémur gauche. Une prothèse de MOORE est alors mise en place. La mise à la marche a lieu au 6ème jour de l'intervention. Mais au 10ème jour, l'état général du malade se met à baisser, ce qui amène son admission dans le service de médecine gériatrique en janvier 1969.

Le malade présente alors une infection urinaire, une azotémie à 1,95 g, ainsi qu'une infection pulmonaire. Malgré la mise en route d'un traitement antibiotique à fortes doses, et un traitement de reconstitution hépatique, M. M... décède par hémorragie digestive foudroyante au mois de février suivant, soit 40 jours après la fracture.

ANALYSE :

Complications secondaires tardives de la fracture du col fémoral chez un malade ayant un mauvais état hépatique.

OBSERVATION N° 64

Mme M... (Née en 1889)

Mme M..., retraitée est veuve; elle reçoit fréquemment à son domicile la visite de sa fille unique.

Dans ses antécédents pathologiques, il faut noter :

- L'apparition d'une hypertension artérielle à l'âge de 62 ans.
- En 1969, une insuffisance coronarienne.

En 1970, apparition d'un syndrome vertigineux.

C'est, prise de vertige que, au mois de juillet 1971, Mme M...,alors âgée de 82 ans, fait une chute dans un escalier, qui cause une fracture du col fémoral, variété per-trochantérienne. On met alors en place un clou tripode à l'Hôpital de Voiron.

La malade regagne son domicile un mois plus tard et la rééducation fonctionnelle, commencée dans le service de chirurgie est continuée. Mais l'apparition de douleurs de la hanche lors de la mobilisation ont entraîné l'ablation du montage. Dans la suite, apparaît une suppuration de la plaie opératoire qui a nécessité la mise en route d'un traitement antibiotique à fortes doses. Finalement, Mme M... est admise dans notre service pour la reprise de la rééducation fonctionnelle.

Celle-ci est encore en cours, et la malade coopère bien; les douleurs de la hanche ont disparu. La marche est actuellement gênée par les vertiges, dus à une insuffisance vertébro-basilaire.

ANALYSE :

Les douleurs de la hanche survenues après l'intervention ont nécessité l'ablation du montage et une prolongation de la rééducation fonctionnelle en milieu hospitalier. Mme M... pourra probablement regagner son domicile après l'amélioration des vertiges.

OBSERVATION N° 65

M. M... (Né en 1890)

M. M... est retraité, veuf et vit seul.

Comme antécédents pathologiques, il faut noter :

- En 1942, des blessures de guerre.
- En 1949, une gastrectomie pour ulcère de la petite courbure.

C'est lors d'une chute de sa hauteur dans sa cuisine, que M. M..., à l'âge de 80 ans, présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit. Il est traité par traction-suspension pendant deux mois environ, a ensuite été rééduqué pendant un mois.

M. M... regagne son domicile au mois de novembre 1970, soit trois mois après la fracture et peut se déplacer à l'aide d'une canne.

Il est hospitalisé de nouveau au mois de mars 1971, au Pavillon Moidieu, pour des douleurs osseuses. Les radiographies montrent alors l'existence d'une ostéoporose diffuse et l'on découvre une maladie de Khaler.

Le malade passe au Pavillon C. pour placement et soins complémentaires au mois d'octobre suivant. Sur le plan cérébral, il existe une petite altération du psychisme liée à un ramollissement cérébral. Au point de vue moteur, quoique gagné par l'atteinte osseuse, M. M... se déplace néanmoins sans appui.

ANALYSE :

Donc, bon résultat au niveau de la fracture, ce qui a permis le retour à domicile. Mais il faut craindre que M. M... qui est encore dans le service, éprouve en raison de l'ostéoporose diffuse qui a motivé sa réhospitalisation, des difficultés de plus en plus grandes sur le plan moteur.

OBSERVATION N° 66

M. M... (Né en 1894)

M. M..., militaire en retraite, vivait avec l'un de ses fils.

Dans ses antécédents pathologiques, on note un syndrome pseudo-bulbaire ayant débuté à l'âge de 65 ans.

Il a présenté à l'âge de 77 ans, à la suite d'une chute de son lit à son domicile, une fracture per-trochantérienne du fémur droit. Cette fracture a été traitée par clou tripode suivie de rééducation fonctionnelle dans le service de chirurgie où M. M... est resté deux mois.

Le malade est par la suite adressé dans un Centre de Rééducation pour poursuite de la rééducation fonctionnelle. Un mois plus tard, il est admis dans notre service en raison de son état général : Il présente alors une insuffisance cardiaque plus compensée, une infection urinaire, une désorientation temporo-spatiale. Sur le plan moteur, il est au lit complet. La rééducation fonctionnelle n'a donné aucun résultat positif en raison de l'état cérébral du malade qui, deux mois après son entrée dans le service, est orienté à la demande de la famille sur un hospice en Italie.

M. M... est décédé par urémie en décembre 1971.

ANALYSE :

Echec total en raison de la détérioration psychique progressive occasionnée par le syndrome pseudo-bulbaire.

OBSERVATION N° 67

M. M... (Né en 1886)

M. M..., ancien sculpteur, veuf, deux enfants, vivant seul, présente à l'âge de 83 ans à la suite d'un faux pas ayant entraîné sa chute, une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche. Cette fracture a été traitée par traction transtibiale à l'aide d'un clou de STEINMAN, suivie d'une rééducation fonctionnelle active et passive pendant deux mois.

Admis cinq mois après sa fracture dans le service de gériatrie pour raison sociale, M. M... se présente alors avec une impotence fonctionnelle totale par rétraction importante du membre inférieur gauche, une hernie inguino scrotale, inopérable en raison de son grand âge, et un syndrome dépressif.

Aucune récupération de la marche n'a pu être obtenue.

Le malade décède dans notre service deux ans plus tard, des suites d'une broncho-pneumonie.

ANALYSE :

Inefficacité de la rééducation fonctionnelle qui n'a pu empêcher la rétraction musculaire.

OBSERVATION N° 68

Mme M... (Née en 1912)

Mme M. est sans profession, mariée et sans enfant.

Elle présente depuis 1952, une sclérose en plaques.

Dans le courant du mois de décembre 1969, Mme M... présente une fracture per-trochantérienne du fémur droit, qui est traitée par traction-suspension.

La malade est admise six mois après au Pavillon C avec une rétraction du membre inférieur droit; la rééducation fonctionnelle n'a donné aucun résultat. Mme M... regagne le domicile de sa nièce, dans un état de grabatisation, un an après son hospitalisation.

Elle est actuellement à l'Hôpital Neurologique de LYON et une intervention chirurgicale sur son fémur est envisagée.

ANALYSE :

Il s'agit d'un état grabataire. Echec de la rééducation.

OBSERVATION N° 69

Mme M... (Née en 1888)

Mme M... est veuve, sans enfant.

Elle présente une bronchite chronique et une insuffisance cardiaque depuis 1960.

Mme M. qui,âgée de 82 ans, vit seule depuis près de vingt ans, sans aide et sans famille, est hospitalisée au Pavillon C depuis le mois d'octobre 1969, pour raison sociale.

C'est un an après son placement que Mme M... jusque là bien portante, présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche à la suite d'un faux pas qui a entraîné sa chute.

Cette fracture est traitée par la mise en place d'un clou tripode au Pavillon Latreille, suivie de rééducationfonctionnelle. La mise en charge avec aide a lieu au quinzième jour de l'intervention.

Mais Mme M... présente un mois plus tard une décompensation de l'insuffisance cardiaque, ce qui interrompt la rééducation.

La malade décède au mois de juin 1971 par collapsus cardio-vasculaire.

ANALYSE :

L'état cardiaque a interrompu tous les progrès que la malade avait accompli sur le plan moteur.

OBSERVATION N° 70

Mme M... (Née en 1889)

Mme M..., ancienne gantière, veuve, vit chez l'un de ses quatre enfants.

Elle présente depuis l'âge de 50 ans, une bronchite chronique.

A l'âge de 76 ans, Mme M... présente une détérioration psychique, type sénile pour laquelle elle est hospitalisée à l'Hôpital Psychiatrique Départemental.

Au mois de décembre 1965, la malade est transférée dans le service de médecine gériatrique à la demande de la famille. Un an après, Mme M... fait une chute en se levant de son lit, qui entraîne une fracture per-trochantérienne incomplète du fémur gauche. La fracture est traitée par simple immobilisation au lit pendant quatre semaines, puis la malade est mise à la marche.

A l'âge de 81 ans, la malade fait une nouvelle chute de sa hauteur sur sa hanche gauche, ce qui cause une autre fracture per-trochantérienne. On décide alors la mise en place d'un clou tripode au Pavillon Brenier, ceci d'autant plus que le cal donné après la première fracture était de mauvaise qualité. Cette intervention est suivie, huit jours après, d'une suppuration de la plaie opératoire et d'une infection pulmonaire compromettant la rééducation fonctionnelle pendant une semaine.

La malade revient dans le service deux mois après cette seconde fracture. Elle peut alors se déplacer avec une canne-béquille.

Mme M... est encore dans le service de médecine gériatrique, la marche est satisfaisante, celle-ci se fait avec une canne et l'état cérébral s'est amélioré.

ANALYSE :

Bonne réussite sur le plan thérapeutique, mais il n'est pas encore question d'un retour en milieu familial en raison de l'état cérébral.

OBSERVATION N° 71

M. M R... (Né en 1883)

M. M R..., ancien ouvrier agricole est veuf et vit seul.

On lui découvre un diabète à l'âge de 66 ans.

A l'âge de 82 ans, en tombant de sa hauteur à son domicile, M. M R.. présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit pour laquelle il bénéficie d'une prothèse de JUDET sept jours après. Dans les suites, apparaît une détérioration psychique avec désorientation temporo-spatiale importante, ce qui a empêché la reprise de la marche.

Le malade passe dans le service de médecine gériatrique au mois de janvier 1968, soit deux mois après la fracture. L'état général est très bas, le malade est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace, refuse toute alimentation. Sur le plan moteur, il est "grabataire".

M. M R..., décède au mois de mars suivant, soit un mois après son traumatisme, des suites d'épisodes infectieux multiples.

ANALYSE :

Dégradation de l'état général après l'intervention chirurgicale. Echec total.

OBSERVATION N° 72

M. N... (Né en 1896)

M. N..., ancien manoeuvre, est veuf, sans enfant. On ne relève aucune grande maladie dans ses antécédents.

A l'âge de 55 ans, M. N... est renversé par une voiture et présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche qui est traitée par un plâtre pelvi-pédieux. Le malade, après cinq mois, récupère la marche et regagne son domicile, avec une amyotrophie du quadriceps gauche.

M. N... passe dans le service de médecine gériatrique au mois de novembre 1971, venant du service de Neuro-chirurgie où il avait été admis pour un glyoblastome de la fosse interne du lobe occipital.

La marche est actuellement gênée par une baisse de l'acuité visuelle, le malade qui est encore dans le service, présente en outre une hémi-anopsie homolatérale et une insuffisance rénale chronique.

ANALYSE :

M. N... a récupéré son autonomie après sa fracture. Mais, il est fort à craindre qu'il ne puisse sortir du secteur hospitalier en raison des complications de la tumeur du lobe occipital.

OBSERVATION N° 73

Mme N... (Née en 1881)

Mme N... est veuve depuis 30 ans et vit au domicile de son fils.

Elle présente depuis l'âge de 80 ans une insuffisance coronarienne chronique.

A l'âge de 90 ans, à la suite d'une chute dans sa cuisine, Mme N... présente une fracture du col du fémur, variété sous-capitale. Elle est traitée à l'Hôpital de Bayonne par prothèse de MOORE. Dans les suites de l'intervention, apparaît une infection de la plaie opératoire.

Mme N... regagne le domicile de son fils quatre mois après le traumatisme. La marche est alors très difficile, la malade se plaignant de la hanche gauche.

A la demande de son fils, Mme N... est admise dans le service de médecine gériatrique au mois de mai 1971, pour rééducation fonctionnelle et soins complémentaires. En effet, outre son insuffisance coronarienne, la malade présente une infection urinaire, ainsi qu'une ostéoporose diffuse.

La rééducation fonctionnelle a beaucoup amélioré la marche, si bien qu'actuellement, Mme N... marche avec une canne tripode, et l'on pense lui faire réintégrer le milieu familial après traitement de l'infection urinaire.

ANALYSE :

Le passage de Mme M... dans le service de médecine gériatrique a donc permis la récupération de la marche avec appui. Mme N..., dont l'état psychique est excellent à 90 ans, pourra bientôt rentrer en milieu familial.

OBSERVATION N° 74

M. O... (Né en 1882)

M. O... est un employé des P.T.T. en retraite, marié et a deux enfants.

Il est éthylique et présente une hypertension artérielle depuis l'âge de 65 ans.

A la suite d'une chute sur la voie publique avec perte de connaissance, M. O..., alors âgé de 89 ans, est hospitalisé. On découvre outre une hépatomégalie, une lithiase biliaire, un bloc auriculo-ventriculaire, et une pneumopathie de la base gauche; de plus, M. O... est grabataire moteur.

Huit jours après son hospitalisation, le malade passe dans le service de médecine gériatrique, où après des radiographies, on découvre une fracture basi-cervicale du fémur gauche. En raison de l'état général du malade, qui présente une forte désorientation temporo-spatiale, on s'abstient de tout acte chirurgical.

Un mois après son admission dans le service, M. O... présente une ischémie du membre inférieur gauche. On pose l'indication opératoire, mais le malade décède le jour même, juste avant l'opération de désobstruction.

ANALYSE :

La fracture du col du fémur a entraîné la grabatisation motrice de M. O... qui décède 45 jours après le traumatisme, des suites d'une ischémie du membre inférieur.

OBSERVATION N° 75

Mme O... (Née en 1890)

Mme O..., ancienne ouvrière agricole est veuve et vit chez l'un de ses enfants.

Mme O... est diabétique et sourde, et présente en outre une baisse de l'acuité visuelle depuis 10 ans environ.

Au début du mois de juin 1971, Mme O... alors âgée de 81 ans, présente à la suite d'une chute de sa hauteur, une fracture sous-capitale du fémur gauche. Elle bénéficie alors d'une prothèse de MOORE. Les suites opératoires ont été simples.

Le 30 juin 1971, la malade est admise dans le service de gériatrie pour surveillance du diabète et poursuite de la rééducation fonctionnelle. La marche est hésitante et se fait sans appui.

ANALYSE :

Bon résultat thérapeutique au niveau de la fracture, mais la réinsertion en milieu familial est fortement gênée par la baisse de l'acuité visuelle qui limite de façon importante le périmètre de marche de Mme O...

OBSERVATION N° 76

Mme P... (Née en 1888)

Mme P... est célibataire, ancienne gantière, sans antécédents pathologiques.

A l'âge de 79 ans, Mme P... est renversée par une voiture. Elle présente alors une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit traitée par la mise en place d'un clou tripode. La malade reste 7 mois dans un service de Chirurgie. Trois mois après l'intervention, on procède à l'ablation du montage en raison de douleurs résiduelles de la hanche droite et d'un abcès au niveau de la cicatrice d'intervention.

Mme P... est admise par la suite dans le service de Médecine Gériatrique. Elle se présente avec une décalcification diffuse et une impotence absolue du membre inférieur droit. On institue alors un traitement anabolisant, et l'on pratique la rééducation fonctionnelle.

Quatre mois après son admission, la malade a pu récupérer partiellement la marche avec une aide, la motricité étant génée par des raideurs musculaires du membre inférieur droit.

Mme P... décède par urémie dans notre service quatre ans après son traumatisme.

ANALYSE :

L'apparition des douleurs de la hanche droite et d'une infection de la plaie opératoire ont favorisé l'installation d'une impotence fonctionnelle que la rééducation a permis de diminuer ; mais Mme P... vivant seule à son domicile, n'a pu sortir du secteur hospitalier. Donc échec social.

OBSERVATION N° 77

Mme P... (Née en 1882)

Mme P... est veuve, sans profession et vit avec l'un de ses enfants.

Elle présente depuis l'âge de 75 ans, une insuffisance cardiaque stabilisée par un traitement digitalique et diurétique.

A l'âge de 85 ans,Mme P... fait une chute de sa hauteur qui entraîne une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit. Elle est alors traitée au Pavillon LATREILLE par traction-suspension pendant quatre jours.

La malade est admise par la suite dans notre service et se présente avec une insuffisance cardiaque décompensée. Au point de vue moteur, elle se déplace difficilement avec une aide.

Trois mois après son admission, on constate une nette amélioration de la marche qui se fait alors avec une canne ; sur le plan cardiaque, le traitement digitalo-diurétique a donné de bons résultats.

Alors que l'on pensait laisser sortir Mme P...,
elle décède par ictus cérébral six mois après son admission.

ANALYSE :

Décès survenu 10 mois après le traumatisme. Echec de la réinsertion à domicile.

OBSERVATION N° 78

M. P... (Né en I900)

M. P... ancien magasinier, est marié et a un fils vivant en dehors de Grenoble.

A l'âge de 65 ans, on lui découvre :
- un diabète,
- une néphrite chronique.

Depuis I96I, M. P... est hospitalisé dans le service de Médecine Gériatrique à la suite d'un ramollissement cérébral qui l'a installé dans un état de grabatisation cérébrale et motrice.

C'est au mois de juin I97I que M. P... alors âgé de 7I ans, fait une chute d'un fauteuil, qui cause une fracture per-trochantérienne du fémur gauche. On s'abstient de toute thérapeutique.

ANALYSE :

Chez ce malade déjà "grabataire moteur et cérébral" des suites d'un accident vasculaire cérébral, on comprend qu'aucun traitement de sa fracture n'ait été pratiqué. M. P... est encore dans le service.

OBSERVATION N° 79

Mme P... (Née en I875)

Mme P... est veuve, sans profession, et vit chez l'une de ses filles.

Elle présente une obésité depuis l'âge de 50 ans, et à l'âge de 70 ans apparaît une ostéoporose diffuse pour laquelle Mme P... est traitée par des anabolisants.

A l'âge de 82 ans, Mme P... fait une chute de sa hauteur qui entraîne une fracture sous-capitale du fémur droit. Elle est soignée à Paris par traction suspension. La malade est hospitalisée pendant six mois environ, à l'issue desquels elle regagne le domicile de sa fille. A cette époque, génée par l'obésité d'une part, et par l'apparition de douleurs de la hanche droite d'autre part, Mme P... se déplace avec une aide. Puis les douleurs se faisant de plus en plus intenses, le périmètre de marche se réduit progressivement et, en I966, la grabatisation s'installe.

Mme P... est admise dans le service de Médecine Gériatrique au mois de décembre I968, elle présente une pseudarthrose du col du fémur et des crises de tachycardies paroxystiques.

En raison de l'état cardiaque, on surseoit à une ostéosynthèse, indication qui avait été posée.

Mme P... décède par collapsus cardiovasculaire en I970.

ANALYSE :

Il y a eu réintégration en milieu familial après le traumatisme ; mais les douleurs de la hanche liées à une pseudarthrose du col du fémur ainsi que l'obésité, ont entretenu un état de "grabatisation motrice" chez Mme P... Par ailleurs, l'intervention chirurgicale qui aurait permis sans doute à la malade de retrouver son autonomie, n'a pu être réalisée en raison d'une cardiopathie.

OBSERVATION N° 80

Mme P... (Née en I897)

Mme P... est veuve, sans enfants.

Elle aurait présenté une grossesse extra-utérine à l'âge de 2I ans.

Mme P... travaille dans une usine jusqu'à 50 ans, date à laquelle un diabète est découvert. Celui-ci est bientôt accompagné de manifestations dégénératives, notamment d'une rétinopathie diabétique ainsi que d'une mycose vaginale favorisée par le terrain diabétique.

Mme P... obèse, conserve un psychisme correct, mais ne marche plus sans appui depuis l'âge de 65 ans, en raison d'une ostéoporose diffuse.

A l'âge de 70 ans, semi-valide, elle fait une chute de sa hauteur, qui cause une fracture trans-cervicale du fémur gauche. Une ostéosynthèse par tête de MOORE est réalisée, mais depuis l'intervention, la malade demeure "grabataire moteur".

ANALYSE :

Mme P... en voie de grabatisation depuis l'âge de 65 ans, en raison de l'obésité d'une ostéoporose diffuse, et de la chute importante de l'acuité visuelle, devient grabataire à l'occasion d'une fracture du col fémoral. Elle ne veut en aucun cas demeurer à l'hôpital pour la rééducation et retourne chez elle. Mais seule à son domicile, malgré la présence d'une aide-ménagère, la malade demeure confinée au lit, c'est pourquoi elle est réhospitalisée une semaine plus tard.

Actuellement, en raison d'un état psychique déficient, la malade coopère peu à la rééducation fonctionnelle, et son état demeure grabataire.

OBSERVATION N° 81

Mme P... (Née en I892)

Mme P... est une infirmière en retraite, elle est veuve, a un fils et vit seule.

On ne lui retrouve pas d'antécédents pathologiques.

Mme P... à la suite d'une chute de son lit, présente à l'âge de 77 ans, une fracture du col du fémur droit, variété trans-cervicale. Celle-ci est d'abord traitée par traction pendant 22 jours, puis par la mise en place d'une prothèse de MOORE au mois de décembre I969.

Mme P... regagne le domicile de son fils deux mois après l'intervention. Elle se déplace alors à l'aide d'une canne-béquille.

Mais, peu après sa sortie, apparaissent des douleurs de la hanche droite qui limitent considérablement la marche, et Mme P... est réhospitalisée au mois d'avril I970. La malade est tout d'abord mise en traction, puis on procède à l'ablation de la prothèse un mois plus tard, en raison de la protusion de celle-ci dans le cotyle.

Au mois d'août suivant, la malade est admise dans le service de Médecine Gériatrique. Elle se présente avec une ostéoporose diffuse, entraînant des douleurs au niveau de la hanche, et se déplace très peu à l'aide de béquilles. Les douleurs sont calmées par des antalgiques, on met en route un traitement anabolisant et l'on pratique la rééducation fonctionnelle.

Mme P... est encore dans le service, elle marche actuellement avec deux cannes tripodes.

ANALYSE :

Le passage dans notre service a favorisé une amélioration de la marche. Mme P... a un bon état psychique, est semi-autonome, mais ne peut rentrer chez elle en raison de sa solitude.

OBSERVATION N° 82

Mme P... (Née en I898)

Mme P... est ancienne ménagère, célibataire et vit dans un appartement aux côtés de son frère et de sa belle-soeur.

Elle est diabètique depuis l'âge de 60 ans.

A l'âge de 7I ans, Mme P... fait une chute après glissade qui cause une fracture per-trochantérienne du fémur droit. Celle-ci est traitée au Pavillon BRENIER par la mise en place d'une prothèse de MOORE, puis la malade bénéficie de rééducation fonctionnelle. Trois mois plus tard, Mme P... est admise dans un sanatorium après la découverte de lésions tuberculeuses du sommet droit.

Mme P... est placée dans le service de Médecine Gériatrique I5 mois après son traumatisme : l'état psychique est excellent, il existe une attitude vicieuse de la hanche droite qui est en flexion et rotation externe, et elle se déplace avec appui double.

Un an après son admission, Mme P... rejoint son domicile.

ANALYSE :

Le séjour hospitalier a donc été très long. Il y a eu réinsertion à domicile de Mme P...

OBSERVATION N° 83

M. P... (Né en 1886)

M. P... est marié et a deux enfants.

On lui découvre une hernie à l'âge de 60 ans.

A l'âge de 79 ans, M. P... fait une chute de son lit. Il présente alors une fracture sous-capitale du fémur droit qui est traité par ostéosynthèse avec une tête de THOMPSON.

Le malade reste six mois dans le service de Chirurgie puis est admis au Pavillon C. Il se présente à l'entrée avec une insuffisance rénale chronique, une maladie de PAGET localisée à l'hémi-bassin droit. M. P... ne peut se déplacer que de son lit au fauteuil.

Malgré la rééducation , la grabatisation s'installe. L'insuffisance rénale s'aggrave, et le malade est orienté sur un hospice, où il décède par urémie quatre mois après son admission.

ANALYSE :

La maladie de PAGET, ainsi que l'insuffisance rénale ont installé M. P... dans un état de grabatisation motrice ; échec social.

OBSERVATION N° 84

Mme P... (Née en I88I)

Mme P... ancienne gantière est veuve et vit chez l'une de ses filles depuis le décès de son mari.

A l'âge de 90 ans, Mme P... présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche qui est traitée au Pavillon BRENIER par un clou tripode. Dans les suites opératoires, apparaît une hémiplégie gauche.

Deux mois plus tard, la malade est admise au Pavillon C pour placement : son hémiplégie n'a pas régressée, Mme P... est grabataire.

Mme P... rentre dans sa famille où elle décède 6 mois après le traumatisme des suites d'un accident vasculaire cérébral.

ANALYSE :

L'état grabataire lié à une hémiplégie a entraîné le décès.

OBSERVATION N° 85

Mme R... (Née en I898)

Mme R... est veuve, sans profession, a deux enfants et vit au domicile de son fils cadet.

A l'âge de 73 ans, à la suite d'une chute de sa hauteur, Mme R... présente une fracture du col fémoral, variété sous-capitale. Une ostéosynthèse par tête de MOORE est réalisée.

Après deux mois de rééducation fonctionnelle, Mme R... est admise dans le service de Médecine Gériatrique pour placement.

A l'entrée, l'état psychique est bon et Mme R... se déplace à l'aide d'une canne.

Mme R... est admise à la Maison de retraite de la Batie cinq mois après.

Actuellement, l'état général est très satisfaisant, la malade peut se déplacer sans appui.

ANALYSE :

Le passage dans le service de Médecine Gériatrique a permis à Mme R... de retrouver son autonomie. Ne voulant pas être à la charge de ses enfants, elle a préféré la Maison de retraite.

OBSERVATION N° 86

Mme R... (Née en 1883)

Mme R... est veuve, elle perçoit la retraite de son mari. Une femme de ménage l'aide à son domicile.

Mme R... présente depuis 10 ans :
- une hypertension artérielle,
- une insuffisance cardiaque.

A l'âge de 87 ans, elle fait une chute dans un escalier, à son domicile et présente une fracture per-trochantérienne pluri-fragmentaire du fémur gauche. Cette fracture est traitée au Pavillon CANEL A par traction transtibiale pendant cinq mois, puis la malade passe au Pavillon BRENIER pour rééducation fonctionnelle. Elle reste un mois dans ce service, puis regagne son domicile, car elle peut se déplacer à l'aide d'une canne tripode.

Un an après, le traumatisme, Mme R... est admise dans notre service pour décompensation de l'insuffisance cardiaque ; la malade reçoit alors un traitement digitalique et diurétique et regagne à nouveau son domicile.

ANALYSE :

Notons que le séjour hospitalier occasionné par la fracture a été long. Bonne réussite sociale chez cette femme semi-autonome qui a pu regagner son domicile.

OBSERVATION N° 87

Mme R... (Née en I877)

Mme R... est veuve, vit seule, n'a aucun antécédent pathologique.

A l'âge de 90 ans, Mme R... présente à la suite d'une chute de sa hauteur une fracture inter-trochantérienne du fémur droit. Elle est traitée par traction-suspension pendant cinq mois environ.

La malade est admise au Pavillon C en raison de sa solitude. Elle se déplace alors sans appui.

Mme R... regagne le domicile de sa fille six mois après le traumatisme.

Actuellement, Mme R... qui est âgée de 94 ans n'a présenté aucune maladie depuis sa sortie du milieu hospitalier ; elle se déplace : avec une canne tripode.

ANALYSE :

Bon résultat thérapeutique ; réinsertion en milieu familial sans problème.

OBSERVATION N° 88

Mme R... (Née en I892)

Mme R... est veuve, sans profession, vit seule. Elle reçoit fréquemment la visite de ses deux petites filles.

Dans ses antécédents pathologiques, on relève l'apparition à l'âge de 60 ans d'une bronchite chronique.

A l'âge de 74 ans, Mme R... en faisant une chute de sa hauteur présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit. Elle est traitée par traction-suspension pendant trois mois environ.

La malade regagne son domicile cinq mois après le traumatisme. Mais en I970, on découvre une hypertension artérielle qui entraine la réhospitalisation de Mme R... pour un bilan.

Mme R... est adressée dans le service de Médecine Gériatrique au mois d'août I970, pour raison sociale . De plus, la marche est de moins en moins assurée et Mme R... se déplace avec deux cannes béquilles.

Mme R... est encore dans le service, elle a un traitement hypotenseur, marche à petits pas, va manger à la salle commune.

ANALYSE :

Réinsertion à domicile impossible actuellement chez cette malade semi-autonome, en raison de sa solitude.

OBSERVATION N° 89

Mme S... (Née en 1879)

Mme S... rentière, mère de deux enfants, présente à l'âge de 90 ans, une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche. Elle bénéficie d'un clou tripode mis en place à l'Hôpital SUD, et de trois mois de rééducation fonctionnelle.

La malade entre dans le service de Gériatrie cinq mois après la fracture avec une broncho-pneumopathie en voie de récession sous antibio-thérapie et un résultat fonctionnel excellent pour son âge car elle peut se déplacer à l'aide d'une canne.

Mme S... regagne son milieu familial un mois après son admission dans le service.

Actuellement, soit 2 ans après la fracture, l'état général est excellent. Mme S... va souvent en week-end à la campagne se déplaçant à l'aide d'une canne-béquille.

ANALYSE :

Rééducation prolongée suivie d'une récupération satisfaisante et retour en milieu familial.

OBSERVATION N° 90

Mme S... (Née en I88I)

Mme S... vient de l'Hôpital Psychiatrique départemental où elle a été admise en I967 pour démence sénile.

A l'âge de 87 ans, à la suite d'une chute, elle présente une fracture per-trochantérienne du fémur droit. La mise en place d'un clou tripode est décidée.

Mme S... est admise quinze jours après dans le service de Médecine Gériatrique où toute tentative de rééducation fonctionnelle s'avère vaine du fait de la détérioration psychique ; elle va tout de même activement du lit au fauteuil.

La malade regagne l'Hôpital Psychiatrique trois mois plus tard dans un état de grabatisation cérébrale et motrice. Elle décède de complications infectieuses multiples deux ans après le traumatisme.

ANALYSE :

Echec social en raison de la détérioration psychique.

OBSERVATION N° 91

Mme S... (Née en I887)

Mme S... est veuve, et a deux enfants en bonne santé. Elle a travaillé jusqu'à l'âge de 65 ans, dans une fabrique de boutons. Mme S... vit seule dans un appartement situé dans le même immeuble où habite un de ses enfants

Dans ses antécédents pathologiques, il faut noter :

- à 45 ans, une fracture du bassin et de l'épaule gauche,
- à 50 ans, l'apparition d'un broncho-emphysème.

Au mois de mai I969, Mme S... alors âgée de 82 ans, présente une violente douleur au niveau de la fosse iliaque droite, alors qu'elle se levait de son lit. Elle fait venir son médecin traitant. L'examen clinique ne révèlant aucune urgence abdominale, on prescrit alors des antalgiques et le repos au lit. Mais son médecin est appelé de nouveau 24 heures après pour ces mêmes douleurs de la fosse iliaque droite auxquelles s'est ajouté un syndrome diarrhéique. Mme S... est alors hospitalisée au Pavillon d'Urgence pour "un syndrome douloureux abdominal avec diarrhée". L'examen clinique pratiqué montre un abdomen souple, sans défense, avec une douleur diffuse qui prédomine cependant à droite. Le toucher rectal est négatif, mais le toucher vaginal réveille une douleur dans le cul de sac droit.

Mme S... reste hospitalisée pendant IO jours au Pavillon d'Urgence, puis est admise dans un autre service où l'on évoque le diagnostic de sciatique, pour laquelle elle est traitée.

Deux mois plus tard, la malade est admise dans le service de Médecine Gériatrique pour placement. Les douleurs abdominales ont cessé. Devant des petites difficultés à la marche, qui est hésitante et se fait à petits pas, on décide de faire pratiquer des radiographies du bassin et des hanches. On découvre alors une fracture sous-capitale du fémur droit avec un très important déplacement, ainsi qu'une pseudarthrose. Cette fracture est traitée à l'Hôpital SUD par la mise en place d'une prothèse cimentée de THOMPSON, après résection de la tête fémorale.

Les suites opératoires ont été très simples. Mme S... regagne le service de Gériatrie 20 jours après l'intervention. Elle se déplace seule en s'aidant de deux cannes tripodes. Mme S... 7 mois après son admission dans le service est dirigée sur un centre de rééducation fonctionnelle où elle est restée 4 mois avant de regagner son domicile.

ANALYSE : Il s'agit d'une fracture survenue après un effort le matin, au lever s'étant manifestée sous la forme d'un syndrome douloureux abdominal. Notons que le diagnostic a été porté deux mois après, par des radiographies de la hanche.

La rééducation fonctionnelle prolongée a favorisé un retour à domicile. Bonne réussite sociale.

OBSERVATION N° 92

Mme S... (Née en I892)

Mme S... est veuve de guerre et vit chez l'un de ses enfants.

Dans ses antécédents pathologiques, on relève :
- un ramolissement cérébral,
- une otite chronique.

Mme S... est placée au Pavillon C depuis le mois de novembre I968 pour une détérioration psychique importante et pour raison sociale. Après avoir subi une cholecystectomie au mois de janvier I970, la malade réintègre le service quinze jours après l'intervention.

Mais au mois d'avril suivant, Mme S... qui était bien valide, fait une chute de sa hauteur dans le service qui entraîne une fracture per-trochantérienne du fémur droit. Le traitement à l'Hôpital SUD est effectué en deux temps : d'abord, traction à huit kilogrammes pendant huit jours, puis, ostéo-synthèse par plaque coudée à 95.

La mise au fauteuil à lieu dès le lendemain de l'intervention. La rééducation fonctionnelle entreprise dans le service de chirurgie peu après l'intervention, s'avère longue et difficile en raison de l'état psychique qui supprime tous ses effets bénéfiques ; c'est pour cette raison que la malade regagne le service de Médecine gériatrique au mois d'octobre suivant. Mme S... va alors activement du lit au fauteuil.

Mais l'état général se met à se dégrader progressivement, et la malade s'installe au mois d'avril I97I dans un état de grabatisation cérébrale et motrice.

ANALYSE : En raison de la détérioration psychique, l'intervention chirurgicale et la rééducation fonctionnelle n'ont pu empêcher l'installation de la grabatisation totale. Mme S... qui est encore dans le service n'a aucune chance d'en sortir. Donc, échec social.

OBSERVATION N° 93

Mme T... (Née en I888)

Mme T... sans profession est veuve, vit chez l'un de ses enfants.

A l'âge de 60 ans, on découvre un diabète avec rétinopathie, ainsi qu'une hypertension artérielle.

A l'âge de 77 ans, Mme T... fait une chute de sa hauteur qui entraine une fracture cervicale vraie du col du fémur droit, variété transcervicale, Cette fracture est traitée à LYON par la pose d'un clou de SMITH-PETERSEN, puis la malade bénéficie de quatre mois de rééducation fonctionnelle. Par la suite, Mme T... regagne le domicile de son fils. Elle peut marcher avec une canne-béquille.

Mais deux mois après la sortie du service hospitalier, apparaissent des douleurs de la hanche droite, se produisant lors de la mobilisation. Ces douleurs entrainent peu après la chute de Mme T... qui devient impotente. Elle est hospitalisée à nouveau. On découvre alors une pseudarthrose du col fémoral et on procède à l'ablation du clou de synthèse qui avait migré dans le cotyle.

Mme M... est admise dans le service de Médecine Gériatrique un mois plus tard. Elle se déplace alors à l'aide d'une canne-béquille. L'apparition d'une artérite des membres inférieurs et d'un déséquilibre du diabète retardent la sortie en milieu familial.

Mais la malade décède par infarctus myocardique cinq mois après son admission en Médecine Gériatrique.

ANALYSE :

Echec de la réinsertion sociale.

OBSERVATION N° 94

Mme TH... (Née en I877)

Mme TH... est une ancienne ouvrière agricole. Elle vit avec son mari. Elle a toujours été en bonne santé.

A l'âge de 89 ans, elle fait une chute dans un escalier de son domicile, qui entraine une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit avec éclatement partiel du grand trochanter.

La malade bénéficie alors au mois de juillet I966 d'une ostéo-synthèse par prothèse de MOORE au Pavillon CANEL A. Mme TH... a suivi par la suite des séances de rééducation fonctionnelle.

Au mois d'octobre I966, elle est admise dans le service de Médecine Gériatrique pour poursuite de la rééducation. Mais au mois de novembre suivant, la malade qui avait récupéré la marche avec appui, fait un accident vasculaire cérébral avec hémiparésie gauche, qui a pour conséquence d'accentuer les troubles moteurs. Le départ à domicile est encore retardé par l'apparition au mois de décembre I967 de douleurs épigastriques et de moelenas qui font découvrir un ulcère gastrique. De plus, le décès de son époux survenu en juillet I968, remet en cause la sortie de Mme TH... qui se retrouverait de ce fait, toute seule. A cette époque, la malade se déplace seule avec une canne-béquille.

A partir du mois de juin I970, le périmètre de marche commence à se limiter en raison d'une cérébro-sclérose.

Mme TH... fait le I8 septembre I97I, une chute de son lit d'hôpital qui cause une fracture cervico-trochantérienne du fémur gauche. On décide l'abstention thérapeutique en raison de l'aggravation peu avant de l'état général (déshydratation, troubles du rythme cardiaque). Le confinement au lit entraine l'apparition d'escarres multiples et Mme TH... meurt dans le service, dans un tableau infectieux au mois de décembre I97I.

ANALYSE : Chez cette malade qui avait récupéré la marche avec appui lors de la première fracture, ce qui lui donnait toutes les chances de réintégrer son domicile, l'apparition d'un accident vasculaire cérébral, de troubles digestifs, le décès de son époux et la nouvelle fracture du col du fémur ont compromis toute possibilité de réadaptation psychosociale.

OBSERVATION N° 95

Mme T... (Née en 1885)

Mme T... est veuve de guerre, sans enfant.

Antécédents pathologiques :
- une infection urinaire traînante.

A l'âge de 84 ans, Mme T... présente une fracture sous-capitale du fémur droit à la suite d'un malaise entraînant une chute de sa hauteur.

Elle bénéficie d'une ostéosynthèse par la mise en place d'une prothèse de MOORE suivie, dès le lendemain, de rééducation fonctionnelle.

Cinq mois après la fracture, Mme T... est admise au Pavillon C pour la poursuite de la rééducation fonctionnelle, et le traitement de l'infection urinaire.

Douze jours, plus tard, Mme T... qui se déplace à l'aide de deux cannes-tripode , est admise au foyer des veuves du TOUVET, où elle décède deux ans après des suites d'une insuffisance rénale chronique.

ANALYSE :

Bon résultat thérapeutique au niveau de la fracture, ce qui a permis l'admission de Mme T... au foyer du TOUVET. Décès tardif.

OBSERVATION N° 96

Mme T... (Née en I884)

Mme T... n'a pas d'antécédents pathologiques.

Elle présente à l'âge de 84 ans, à la suite d'une chute de sa hauteur, une fracture basi-cervicale du fémur gauche. On met en place un clou-plaque au Pavillon CANEL B. La malade bénéficie dans les suites, de rééducation fonctionnelle.

Mme T... est admise dans le service de Médecine Gériatrique, six mois après le traumatisme dans un état de désorientation temporo-spatiale, une impotence fonctionnelle avec un oedème infiltratif du membre inférieur gauche. Un traitement neuroleptique et anti-coagulant, est institué ainsi que la poursuite de la rééducation fonctionnelle.

Mme T... regagne le domicile de sa fille deux mois après son admission, avec une petite amélioration sur le plan moteur puisqu'elle peut se déplacer avec appui. Elle décède dans un état de cachexie sénile en I970, soit trois ans après le traumatisme.

ANALYSE :

Le passage de Mme T... dans notre service a permis une réadaptation psycho-sociale, puisqu'elle a pu regagner son milieu familial.

OBSERVATION N° 97

M. V... (Né en I878)

M. V... est veuf, retraité et vit seul. On lui découvre une maladie de PAGET en I967.

Au mois de janvier I969, M. V... alors âgé de 9I ans, fait une chute de sa hauteur à la suite de l'apparition d'une violente douleur de la hanche lors de la marche. Il en résulte une fracture per-trochantérienne du fémur gauche, qui est alors traitée au Pavillon BRENIER par la pose d'un clou-plaque de Mc LAUGHIN, le 26 janvier I969.

La rééducation par mobilisation active et passive est entreprise dans le service de Chirurgie, trois semaines après l'intervention.

Mais l'état général du malade se modifie peu après avec l'apparition de douleurs osseuses de plus en plus intenses, une infection pulmonaire et une hypotension. L'état de grabatisation motrice s'installe.

M. V... est placé dans le service de Médecine Gériatrique au mois de janvier I970. L'état général est alors très bas et nécessite la mise en place de perfusions.

Le malade décède par collapsus cardio-vasculaire trois mois après son admission.

ANALYSE :

Malade de 9I ans, ayant présenté une fracture pathologique chez lequel le retour à domicile n'a pu être obtenu.

OBSERVATION N° 98

M. J... (Né en I907)

M. J... est ancien ouvrier métallurgique, célibataire.

Il a subi en I945, une sympatectomie lombaire bilatérale pour une artérite des membres inférieurs.

M. J... à l'âge de 64 ans, est victime d'un accident de la route et présente une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit pour laquelle il bénéficie d'un clou-plaque de MAC LAUGHIN. Les suites opératoires sont simples et le malade est mis à la marche au quatrième jour de l'intervention.

Alors que la rééducation fonctionnelle donnait de bons résultats, des douleurs diffuses de la hanche droite, ainsi qu'un syndrome dépressif apparaissent. Il en résulte une limitation du périmètre de marche. C'est dans ces conditions que le malade est admis, six mois après le traumatisme, au Pavillon C, l'ami avec lequel il vivait ne pouvant pas le reprendre.

Aucun progrès sur le plan moteur n'a pu être obtenu. Le malade qui est actuellement dans un hospice est grabataire.

ANALYSE :

Etat grabataire.

OBSERVATION N° 99

M. V... (Né en I903)

M. V... est veuf, retraité de la SNCF.

Il a présenté :
- en I945, une fracture du rachis cervical,
- en I956, une hernie inguinale gauche opérée,
- en I965, on lui découvre une maladie de PARKINSON.

A l'âge de 6I ans, M. V... fait une chute de sa hauteur à son domicile, qui cause une fracture cervico-trochantérienne du fémur droit. Il bénéficie de la pose d'un clou-plaque.

Le malade reprend la marche au bout de deux mois, puis regagne son domicile.

Mais, cinq ans plus tard, M. V... fait une nouvelle chute qui provoque la désarticulation du montage dont on procède alors à l'ablation. Depuis la marche se fait difficilement avec aide.

Il est admis dans le service de Médecine Gériatrique au mois de janvier I970, venant du Pavillon BRENIER , le malade est semi-valide et présente une athérosclérose cérébrale.

Les efforts de la rééducation fonctionnelle s'avèrent vains, et la grabatisation motrice s'installe, puis des escarres ainsi qu'une incontinence urinaire et fécale, nécessitant des soins continus.

Le malade décède par collapsus cardio-vasculaire, un an après son admission.

ANALYSE :

Il y a donc eu retour à domicile après la fracture ; mais la nouvelle chute survenue cinq ans après, a eu pour conséquence la perte de l'autonomie du malade.

OBSERVATION N° 100

Melle V... (Née en 1883)

Melle V... est célibataire, ancienne ménagère et vit seule.

Dans ses antécédents, on note à l'âge de 86 ans, une hystérectomie pour cancer du col utérin.

Melle V... vient du service de Traumatologie où elle a été admise à 88 ans, à la suite d'une fracture multi-fragmentaire de la région cervico-trochantérienne, survenue dans des conditions indéterminées. Cette fracture est traitée par clou tripode et Melle V... a bénéficié de rééducation fonctionnelle active et passive dans le service de Chirurgie, pendant trois mois. La malade est ensuite admise dans notre service pour raison sociale et poursuite de la rééducation : elle présente à l'entrée des escarres fessières, qui rendent l'appui impossible, et un état général affaibli.

Melle V... décède trois jours après son admission dans un tableau d'infections multiples.

ANALYSE :

Il s'agit vraisemblablement d'une fracture pathologique sur cancer du col de l'utérus intervenue chez une personne âgée. Echec total.

E T U D E S T A T I S T I Q U E D E S O B S E R V A T I O N S

I .- LE SEXE ET L'AGE

II.- LES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES SE SONT PRODUITES LES FRACTURES DU COL DU FEMUR

III- LES VARIETES ANATOMIQUES

IV.- TRAITEMENT MIS EN OEUVRE

Le Service de Médecine Gériatrique du Centre Hospitalier Régional Universitaire de GRENOBLE, groupe 301 personnes parmi lesquelles on dénombre :

- 191 femmes, soit 63,5 %
- 110 hommes, soit 36,5 %.

Leur répartition dans les différents pavillons qui composent le service est la suivante :

	Hommes	Femmes	Total
Pavillon C	26	41	67
Pavillon Berey	17	81	98
Pavillon Gerin	51	30	81
Pavillon Chatin		14	14
La Batie (Médecine)	16	25	41
TOTAL	110	191	301

Il n'y a donc pas eu de modification de ce chiffre global de la population du service depuis 1968, année de l'étude "Le Grabataire âgé" faite par Y. RAMOND (64).

Nous avons collecté toutes les observations de malades ayant présenté une ou deux fractures du col fémoral. Il s'agit de fractures, soit survenues à une date très antérieure à l'hospitalisation, soit qui ont causé l'hospitalisation actuelle, et enfin de fractures survenues en milieu hospitalier.

I.- SEXE ET AGE

A/- LE SEXE.

Nous avons dénombré 74 cas de fractures du col du fémur dans le sexe féminin, soit 74 %, et 26 cas dans le sexe masculin, soit 26 %. Il faut tenir compte dans l'analyse de ces chiffres, de la population du service qui compte comme il a été mentionné auparavant, un plus fort pourcentage de femmes que d'hommes.

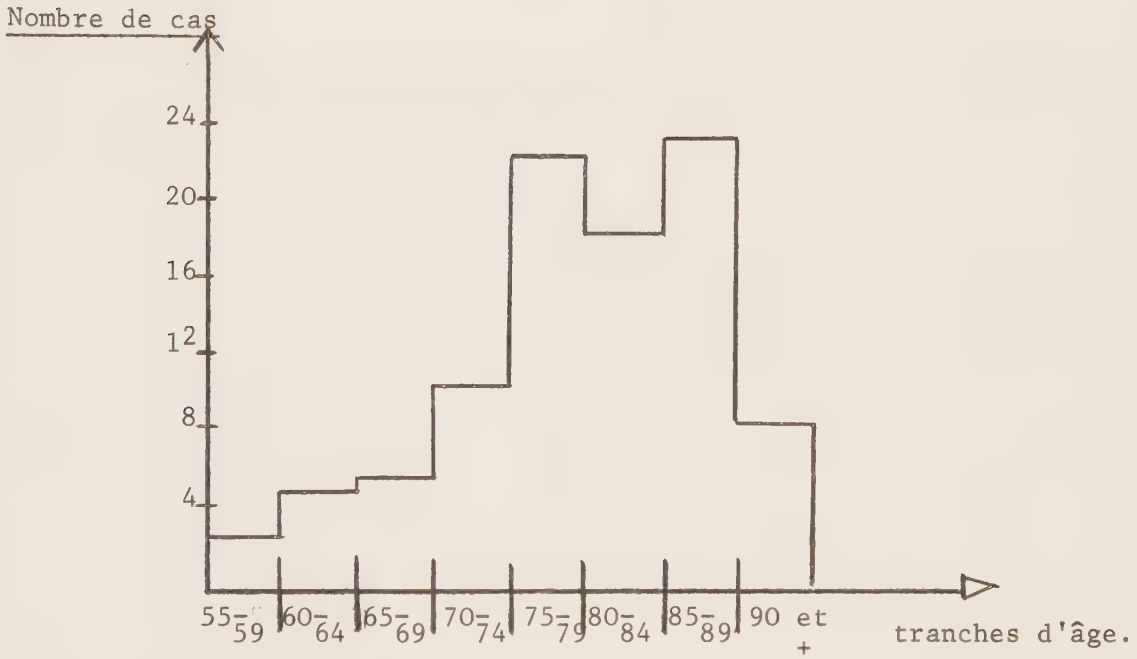
Cette prédominance féminine a été maintes fois soulignée par différents auteurs. C'est ainsi que M. P. SUIRE (83), sur 150 cas de fractures du col fémoral traitées de 1965 à 1970, en trouve 75,30 % dans le sexe féminin. J. CABANAC (10), sur 100 cas, trouve 70 % de femmes et 30 % d'hommes. I.V. SHUMADA (76) trouve six fois plus de fractures du col dans le sexe féminin que dans le sexe masculin.

B/- L'AGE

1.- Figure 1

Pyramide des âges

(effectifs exprimés en valeur absolue)



Il y a donc :

3% de fractures du col du fémur entre 55 et 59 ans.
5% " " " 60 et 64 "
6% " " " 65 et 69 "
11% " " " 70 et 74 "
23% " " " 75 et 79 "
19% " " " 80 et 84 "
24% " " " 85 et 89 "
9% " " " 90 et 94 "

Il existe globalement une progression de ces fractures jusqu'à 89 ans. Au-dessus de cet âge, les effectifs se réduisent.

2.- L'âge moyen se situe autour de 80 ans. Celui-ci était en 1969 pour J. CABANAC de 70,2 ans. Pour P. DECOULX (24) et ses collaborateurs, sur 2612 observations de fractures de la région trochantérienne, il est de 73,5 ans, et pour M.P. SUIRE, de 77 ans (statistique de 1971).

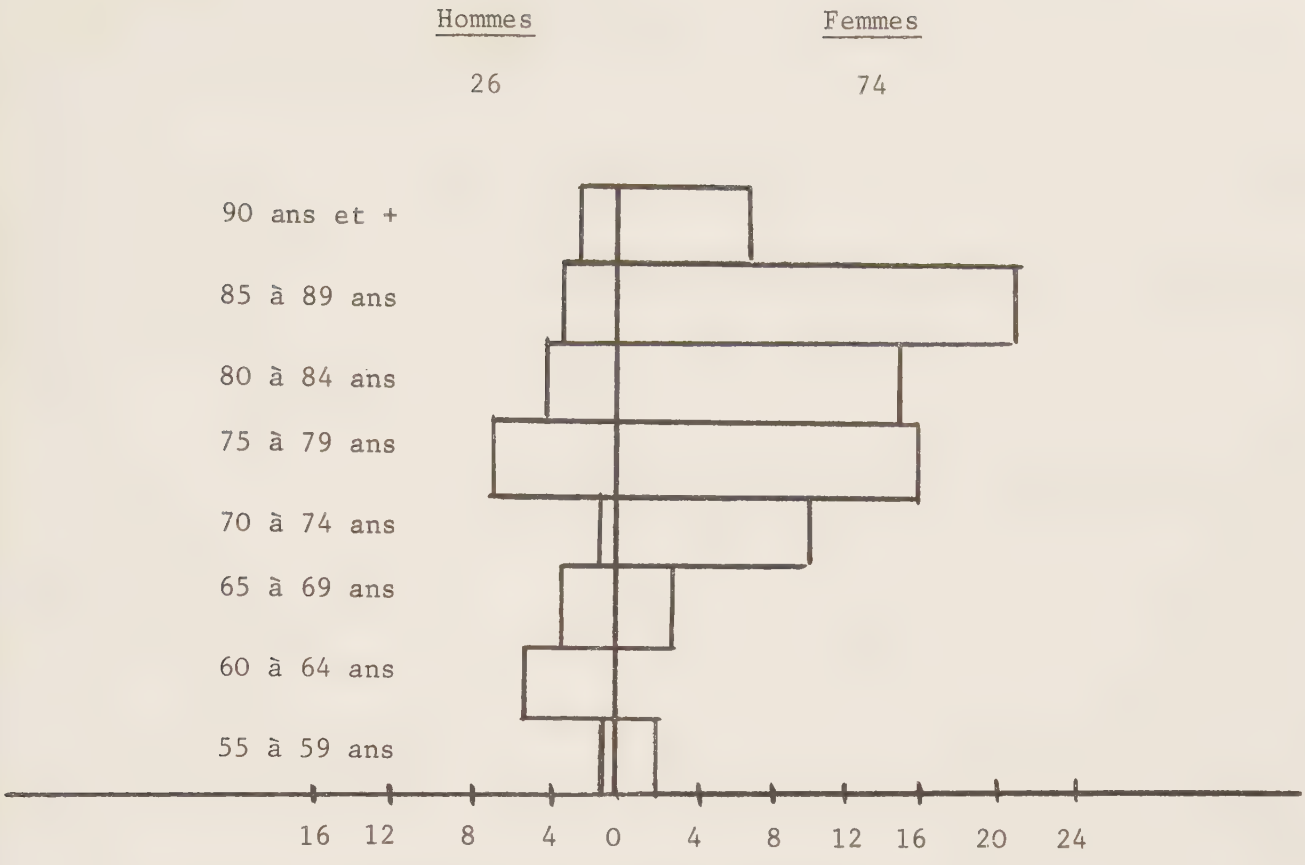
Cette augmentation de l'âge moyen serait la conséquence du vieillissement de la population. C'est ainsi que l'on retrouve :

9 % de fractures du col fémoral à partir de 90 ans
43 % " " " entre 80 et 89 ans
34 % " " " 70 et 79 ans
11 % " " " 60 et 69 ans
3 % " " " 55 et 59 ans.

Ces pourcentages correspondent sensiblement à ceux qui ont été publiés par M.P. SUIRE à l'Académie de Chirurgie en 1971.

3.- Répartition selon le sexe et l'âge.

Ages	Hommes	Femmes	Total
55 à 59 ans	1	2	3
60 à 64 ans	5		5
65 à 69 ans	3	3	6
70 à 74 ans	1	10	11
75 à 79 ans	7	16	23
80 à 84 ans	4	15	19
85 à 89 ans	3	21	24
90 ans et plus	2	7	9
TOTAL	26	74	100



REPARTITION DES SEXES PAR TRANCHES D'AGE

(Effectifs exprimés en valeur absolue)

4.- Comparaison des histogrammes représentant la répartition des sexes par tranches d'âges (effectifs exprimés en pourcentage) : (voir p. 110)

- de nos 100 fractures du col du fémur,
- de la totalité du service de Médecine Gériatrique,
- de la population d'un certain nombre d'hospices de l'Isère (étude faite en 1968 par P. BOUTIN (8),
- de la population française (Référence INSEE 68).

L'analyse et la comparaison des quatre pyramides nous permettent de faire les constatations suivantes :

1°) Pour ce qui est de la répartition des sexes par tranches d'âge des 100 fractures du col du fémur :

* Dans le sexe masculin :

- Notons dans un premier temps, le caractère dégressif des effectifs de 60 à 74 ans. En effet, il y a :

20 % de fractures du col fémoral entre 60 et 64 ans
11,5 % " " " " 65 et 69 ans
4 % " " " " 70 et 74 ans.

- Dans un deuxième temps, un clocher de plus grande fréquence (à 26 %) entre 70 et 74 ans.

- Puis une diminution des effectifs au fur et à mesure que l'âge augmente.

* Dans le sexe féminin :

il faut noter l'augmentation régulière des fractures du col avec l'âge, le clocher de plus grande fréquence se situant entre 85 et 89 ans (28 %).

On peut donc conclure que les femmes présentent des fractures du col du fémur à un âge plus avancé que les hommes.

2°) Les pyramides b et c sont superposables; elles le sont à un moindre degré avec la figure a.

On peut donc dire que la population du service de Médecine Gériatrique reflète celles des Hospices de l'Isère.

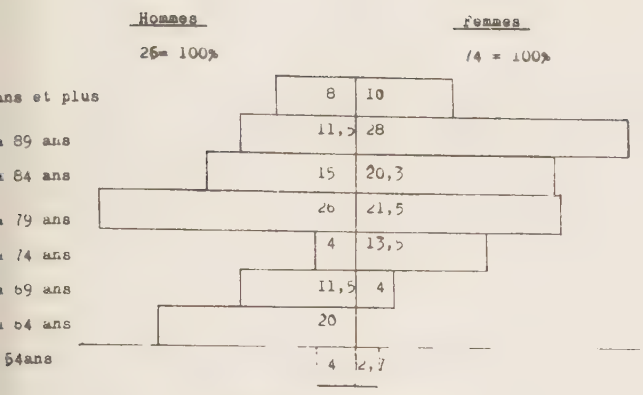
3°) Tous les graphiques montrent que la population féminine est plus élevée que la population masculine.

EN SOMME : Plus les gens vieillissent, plus leur nombre se réduit (fig. d) et plus on en trouve dans les hôpitaux et les hospices avec une pathologie variée dans laquelle la fracture du col du fémur occupe une place importante.

EN RESUME

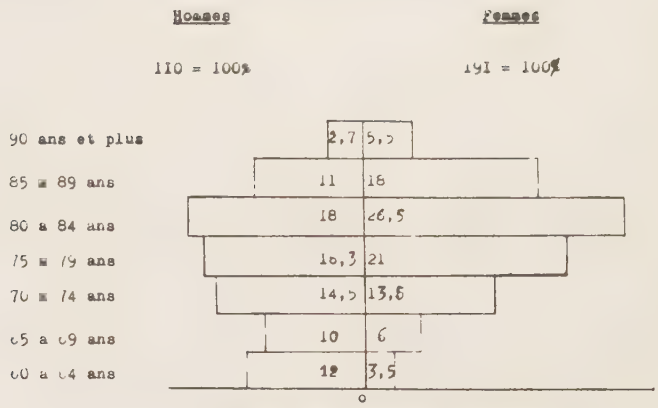
- Prédominance des fractures du col fémoral chez la femme, prépondérance réelle et pas seulement dûe à la longévité supérieure de la femme;
- L'âge moyen de ces fractures est situé autour de 80 ans. Il a donc augmenté par rapport aux années précédents; cette augmentation s'explique par le vieillissement de la population.
- Les femmes présentent ces fractures à un âge plus avancé que les hommes.

(a)



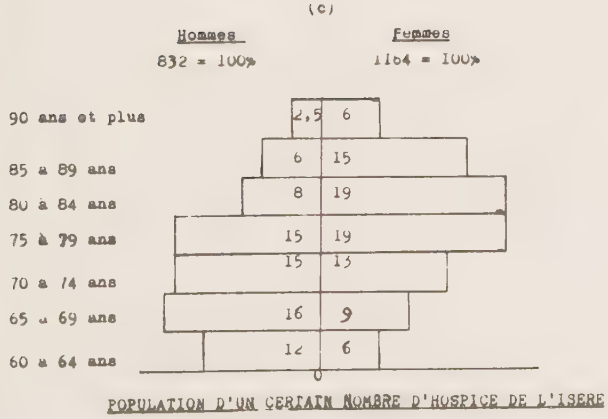
I. FRACTURES DU COL DU FEMUR
REPARTITION DES SEXES PAR TRANCHES D'AGE
(Effectifs exprimes en pourcentage)

(b)



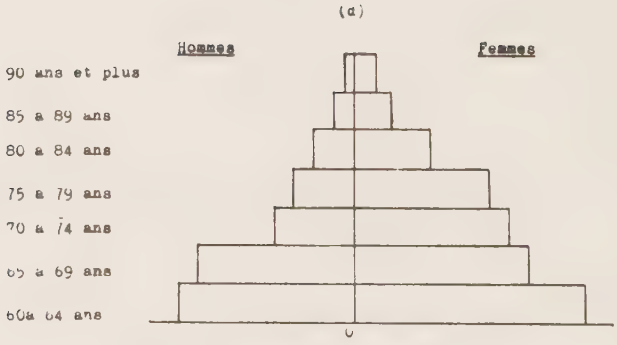
SERVICE DE MEDECINE GERIATRIQUE
REPARTITION DES SEXES PAR TRANCHES D'AGE

(c)



POPULATION D'UN CERTAIN NOMBRE D'HOSPICE DE L'ISERE
(1968)

(d)



POPULATION FRANCAISE
REPARTITION DES SEXES PAR TRANCHES D'AGE
(1968)

II. - CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES SE SONT PRODUITES LES FRACTURES DU COL DU FEMUR.

Circonst. \ Ages		55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 et +	TOTAL	%
C.H.	H		1	2		4	3		2	12	51
	F				8	7	9	12	3	39	
C.L.	H		1			2		1		4	20
	F	2		1	2	4	5	1	1	16	
Acc. R + C. Esc.	H	1	3			1		2		7	18
	F			1		2	1	5	2	11	
C.I.	H			1			1			2	18
	F			1	1	3		4	1	9	
TOTAL		3	5	6	11	23	19	24	9	100	100

- C.H. : Chute de la hauteur.
- C.L. : Chute d'un lit.
- C. Esc.+ Acc. R : chute dans un escalier et accident de la route.
- C.I. : Circonstances inconnues.

ANALYSE :

Compte-tenu des circonstances inconnues qui s'élèvent à 11 % des cas, (2 cas chez les hommes et 9 dans le sexe féminin), les fractures du col du fémur par chute de la hauteur sont donc les plus fréquents. Il y a en effet, 51 % des cas par chute de sa hauteur, ceci dans une proportion de 76,5 % des

femmes contre 23,5 % d'hommes. De plus, on constate que c'est dans la tranche d'âge comprise entre 85 et 89 ans que les femmes sont tombées plus fréquemment de leur hauteur.

Le mécanisme de ces fractures lors de la chute de sa hauteur et surtout lors de la chute d'un lit, est lui même assez imprécis ; on peut se demander s'il ne s'agirait pas de fractures par effort. Cette fracture est-elle secondaire à la chute, ou au contraire a-t-elle entraîné la chute du sujet ? On peut penser que lors d'une glissade, d'un malaise ou bien à la suite d'un effort quelconque, le vieillard contracte violemment ses muscles et que le col se cisaille ainsi sur le rebord cotyloïdien, ce qui entraînerait dans un certain nombre de cas une fracture cervicale vraie par décapitation. Dans ce cas, la chute peut être secondaire à la fracture. Mais si l'os spongieux est encore solide, si le col n'est pas trop poreux, la chute peut précéder la fracture.

Pour illustrer cette fracture par décapitation, citons le cas de cette malade (Observation n° 91) qui, un matin, au moment de se lever, présente une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Aucune chute ne s'est produite et c'est la douleur abdominale suivie d'un syndrome diarrhéique qui a entraîné son hospitalisation. La fracture cervicale vraie du col du fémur fut découverte seulement deux mois plus tard.

Notons pour terminer que la chute de sa hauteur a été fréquente dans le service du Pr. J. CABANAC qui en a dénombré 85 %, et 15 % de fractures du col par accident de la route.

En résumé :

- Grande fréquence des fractures du col du fémur par chute de sa hauteur, où la prédominance féminine est certaine (76,5 % contre 23,5 % d'hommes).

- Rôle de la décapitation dans cette circonstance.

III. - VARIETES ANATOMIQUES DES FRACTURES DU COL DU FEMUR.

A - Les types anatomiques des fractures rencontrés chez nos patients sont les suivants :

Fractures cervicales vraies : 37 %

Dans ce groupe, on dénombre :

- 29 fractures sous capitales,
- 6 fractures trans-cervicales,
- 2 fractures basi-cervicales.

Fractures cervico-trochantériennes : 40 %

Fractures per-trochantériennes : 23 %

Fractures bilatérales : 3 cas

- une fracture cervicale vraie survenue 9 mois après une fracture cervico-trochantérienne.
- Une fracture cervico-trochantérienne 9 mois après une cervicale vraie.
- Une fracture cervico-trochantérienne 13 ans après une cervicale vraie.

Les fractures de la région trochantérienne sont donc plus fréquemment rencontrées que les cervicales vraies. Il nous faut signaler que les premières ont été souvent accompagnées d'un arrachement du petit trochanter, constatation qui a été faite notamment lors d'accidents de la route, ou de chute dans un escalier.

Comparaison avec d'autres statistiques.

- J. CABANAC, et ses collaborateurs dénombrent sur 100 fractures du col du fémur : 10 fractures basi-cervicales,
  24 fractures cervico-trochantériennes
  21 fractures per-trochantériennes.

- M.P. SUIRE sur 150 cas trouve :

54,7 % de fractures cervicales vraies,

12 % de fractures cervico-trochantériennes,

33 % de fractures per-trochantériennes.

- A. KAPANDJI, J.H. ALEXANDRE, Ph. FRAIN, et G. BOURY (45) sur 216 cas, dénombrent :

117 fractures cervicales vraies,

99 fractures cervico-trochantériennes.

Il y a donc dans ces deux dernières statistiques, contrairement à ce que nous avons trouvé, un plus fort pourcentage de fractures cervicales vraies que de fractures de la région trochantérienne.

B - Variétés anatomiques en fonction de l'âge et du sexe.

T.âge / Sexe+var.	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 et +	TOTAL	%
F. C.V.	1		2	6	4	9	6	2	30	30
F. R.T.	1		1	4	12	6	15	5	44	44
H. C.V.		2			3		1	1	7	7
H. R.T.	1	3	3	1	4	4	2	1	19	19

F.C.V. : Femmes Cervicales vraies.

F.R.T. : Femmes Région trochantérienne.

H.C.V. : Hommes Cervicales vraies.

H.R.T. : Hommes Région trochantérienne.

ANALYSE :

1) - Les fractures de la région trochantérienne sont nettement plus fréquentes que les fractures cervicales vraies dans la tranche d'âge comprise entre 85 et 89 ans (17 fractures de la région trochantérienne pour 7 fractures cervicales vraies).

2) - A l'intérieur de chaque groupe :

- Prédominance des fractures de la région trochantérienne d'une part, dans le sexe féminin, où il existe 59 % de fractures trochantériennes contre 40,5 % de fractures cervicales vraies ;

d'autre part, dans le sexe masculin où l'on compte :
72,7 % de fractures trochantériennes, et
27,3 % de fractures cervicales vraies.

Signalons que ces résultats ne sont pas en accord avec ceux qui ont été publiés par FERRAND, A. HADID et A. LADJADJ (32) qui pensent que l'homme présente plus volontiers une fracture trochantérienne, et la femme une fracture cervicale vraie.

C.- Variétés anatomiques par sexes et par tranches d'âge, lors de la chute de sa hauteur.

1) -

T.d'âge / sexe + var.	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 et +	TOTAL
F. C.V.				4	2	8	7	1	22
H. C.V.		1			2				3
F.R. T.				4	5	1	5	2	17
H. R. T.			2		2	3		2	9

F.C.V. : Femmes Cervicales vraies.
H.C.V. : Hommes Cervicales vraies.
F.R.T. : Femmes Région trochantérienne.
H.R.T. : Hommes Région trochantérienne.

2)- Analyse

a - Donc, sur 37 fractures cervicales vraies recensées dans les deux sexes, 25 d'entre elles sont survenues à la suite d'une chute de sa hauteur, soit un pourcentage de 64,3 % qui se répartit entre 22 femmes (88 %) et trois hommes (22 %).

Par contre, sur 63 fractures de la région trochantérienne, 41,2 % d'entre elles seulement sont survenues à la suite d'une chute de sa hauteur. La circonstance la plus fréquente ici étant l'accident de la route et la chute dans un escalier. Cette variété anatomique se rencontre chez :

- 65,3 % de femmes
- 34,7 % d'hommes.

b - A l'intérieur de chaque groupe

Au niveau du sexe féminin, notons la prédominance des fractures cervicales vraies (56,4 %) sur les fractures de la région trochantérienne (43,6 %) alors que,

Au niveau de sexe masculin, il y a 75 % de fractures trochantériennes et 25 % de fractures cervicales vraies

c - En somme :

. Globalement, la chute de sa hauteur a entraîné volontiers des fractures cervicales vraies alors que les autres circonstances, notamment les accidents de la route et la chute dans les escaliers, ont plutôt provoqué des fractures de la région trochantérienne.

. Si l'on considère chaque sexe, on constate que :

dans le groupe des femmes, la chute de sa hauteur a entraîné beaucoup plus de fractures cervicales vraies que de fractures de la région trochantérienne, alors que c'est le contraire qui a été enregistré dans le sexe masculin.

Pour résumer ce chapitre :

Nous pouvons dire que :

- les fractures de la région trochantérienne prédominent sur les cervicales vraies,

- la chute de sa hauteur a entraîné toutes proportions gardées, plus de fractures cervicales vraies que de fractures trochantériennes. Cette circonstance a cependant provoqué un plus grand nombre de fractures cervicales vraies chez la femme que chez l'homme.

IV.- LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FEMUR

Les méthodes thérapeutiques utilisées en fonction de la variété anatomique de ces fractures du col fémoral ont été les suivantes :

A/-

	Fractures cervicales vraies	Fractures de la région troch.	TOTAL
Abstention	3	7	10
Traction simple plus Traction-suspension	4	23	27
Plâtre		2	2
Clou de SMITH-PETERSEN	2		2
Clou-plaque	2	10	12
Clou-tripode	5	12	17
Prothèses de . MOORE . THOMPSON . JUDET	18 3	3 1	25

B/- Commentaires

1°/- Les abstentions thérapeutiques. On relève 10 % d'abstentions dont 3 % sur les fractures cervicales vraies et 7 % sur celles de la région trochantérienne. Ces abstentions ont été dues au mauvais état général de ces patients; c'est ainsi que nous avons noté :

- Une maladie de PARKINSON chez une femme de 79 ans,
- Une sclérose en plaques chez un homme du même âge,
- Trois ramollissements cérébraux,
- Deux diabètes avec manifestations dégénératives,
- Deux insuffisances cardiaques majeures, chez deux femmes (1'une de 93 ans, 1'autre de 88 ans),
- Une artérite des membres inférieurs.

2°/- Le traitement orthopédique a été utilisé dans 29 % des cas. On relève la mise en place de :

. deux plâtres pelvi-pédieux pour des fractures per-trochantériennes,

. 27 traction simple ou traction-suspension (23 pour des fractures trochantériennes et 4 pour des cervicales vraies).

3°/- Le traitement chirurgical. La méthode opératoire a été utilisée 61 fois : 30 fois pour des fractures cervicales vraies, et 31 fois pour celles de la région trochantérienne.

Signalons la prédominance incontestable des prothèses sur les autres méthodes chirurgicales. Il est en effet intéressant de constater que les prothèses ont été préférentiellement utilisées pour les fractures cervicales vraies; en effet 21 prothèses ont été mises en place sur les cervicales vraies et 4 seulement sur les fractures de la région trochantérienne. Par contre, les clous plaque et les clous tripode ont été employés 22 fois sur les fractures de la région trochantérienne et 7 fois sur les cervicales vraies.

C/- Répartition des fractures appareillées et non appareillées selon l'âge et le sexe.

1.-

	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 et +	TOTAL
F.C.V.A.	1		2	6	4	6	5	2	26
F.C.V.nA						3	1		4
H.C.V.A.		2			2				4
H.C.V.nA					1		1	1	3
F.R.T.A.			1	3	3	5	8	2	22
F.R.T.nA	1			1	9	1	7	3	22
H.R.T.A.		2	2		2	2		1	9
H.R.T.nA	1	1		1	1	2	2	2	10

F.C.V.A. : Femmes Cervicales Appareillées
H.C.V.A. : Hommes " "
F.C.V.nA : Femmes " non Appareillées
H.C.V.nA : Hommes " " "
F.T.A. : Femmes Trochantériennes Appareillées
H.T.A. : Hommes " "
F.T.nA : Femmes " non Appareillées
H.T.nA : Hommes " " "

2.- Analyse

* Dans le sexe féminin : Sur un total de 74 femmes, il y a eu 48 fractures appareillées, soit 64,8 %, et 26 non appareillées, soit 35,2 %. Il faut par ailleurs remarquer ici que l'on est intervenu plus fréquemment sur les fractures cervicales vraies que sur les trochantériennes (successivement 26 et 22 fois), alors que

* Dans le sexe masculin :on a appareillé 50 % des fractures, dont 9 de la région trochantérienne et 4 cervicales vraies. Cette différence est liée au fait que c'est l'opérateur le seul juge de l'opportunité de mettre en route un traitement sur tel ou tel type de fracture, en tenant compte notamment de l'état général du patient (antécédents pathologiques, lésions associées).

D/- Les interventions secondaires.

Il nous faut mentionner :

- Deux remplacements de clou per-cutané pour impotence fonctionnelle:

. le premier a été remplacé 12 mois après sa mise en place par une plaque coudée,

. le second, 6 mois après, par un clou-plaque.

- Trois fractures, toutes de la région trochantérienne, ayant été au début traitées par traction-suspension, ont été l'objet d'une intervention chirurgicale:

. l'une par la mise en place d'une prothèse de MOORE, deux mois après en raison d'une mauvaise consolidation,

. une autre, pour la même raison, par une plaque coudée, 8 jours après,

. la dernière par la mise en place d'un clou-plaque de Mc LAUGHIN, 6 jours après la traction-suspension qui avait été installée afin de préparer le malade à l'intervention.

E/- Les ablations secondaires du matériel de synthèse.

On a pratiqué :

- une ablation de prothèse de MOORE, 2 ans après sa mise en place en raison de sa protusion dans le cotyle,

- l'ablation d'un clou per- cutané 12 mois après, celui-ci ayant migré dans le cotyle,

- deux ablations secondaires de clou-tripode : 1'une à cause de douleurs résiduelles de la hanche et abcédation de la plaie opératoire, 11 mois après, et l'autre, pour des douleurs lors de la rééducation fonctionnelle.

- l'ablation d'un clou-plaque pour sa désarticulation après une chute

LES RAISONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

61 % des fractures du col du fémur ont ainsi été appareillées. Si nous considérons dans notre échantillonnage, le nombre de fractures appareillées et non appareillées depuis 1957, nous obtenons les résultats suivants :

Années	Fractures appareillées	Fractures non appareillées	
		Abstentions	Traction simple Traction-suspension
1957			2
1958			1
1960	1		
1964	2		
1965	2		2
1966	3		2
1967	8		6
1968	8	1	2
1969	8	2	7
1970	7	3	4
1971	22	4	3

ANALYSE :

On a donc appareillé beaucoup plus de fractures du col du fémur en 1971 que durant les années précédentes. Nous pensons que ce sont les progrès accomplis en matière de technique et de matériels chirurgicaux qui font que le chirurgien intervient beaucoup plus souvent, avec une maîtrise plus grande. De plus, l'appareillage a des avantages certains : il permet :

- d'éviter les nécroses capitales et les pseudarthroses,

- une mobilisation rapide, évitant par là même l'apparition des complications de décubitus, dont la fréquence comme nous le verrons, n'est pas négligeable dans la genèse des décès.

EN RESUME

1°/- Il y a eu 10 % d'abstention thérapeutique.

2°/- 29 % des fractures ont été traitées orthopédiquement. Ce traitement a été préférentiellement appliqué aux fractures de la région trochantérienne : 25 fractures trochantériennes et 4 cervicales vraies.

3°/- 61 % des fractures ont été traitées par la méthode chirurgicale. Globalement, il a été appareillé presque autant de fractures de la région trochantérienne que de cervicales vraies. Cependant, la préférence, comme il se doit, a été donnée aux prothèses pour les fractures cervicales vraies, aux clous-plaque et clous-tripode pour les trochantériennes.

Ce traitement chirurgical a été beaucoup plus souvent employé en 1971 qu'au cours des années précédentes. Les progrès techniques (matériel de synthèse et réanimation) en sont à notre avis l'une des causes. Ajoutons que la méthode chirurgicale permet une mobilisation précoce du malade, ce qui évite les complications de décubitus.

L E S R E S U L T A T S E N R E G I S T R E S D A N S N O T R E S E R V I C E

I .- INTRODUCTION

II.- ETUDE DES DECES

III- LES MALADES QUI SONT SORTIS DU SERVICE

IV.- CEUX QUI SONT ENCORE HOSPITALISES

V .- CE QUI A GENE LA REEDUCATION FONCTIONNELLE

VI.- ETUDE DE LA SITUATION SOCIALE DES PATIENTS

I. - INTRODUCTION.

En général, les services nous envoient les malades pour un placement, soit parce qu'ils sont seuls chez eux, soit parce que leur handicap est trop important et la rééducation fonctionnelle un échec, soit sous la pression de la Sécurité Sociale qui demande la fin de l'hospitalisation dans un service à prix élevé. Dans tous les cas, nous avons estimé que le rôle d'un service de Gériatrie ne réside pas seulement dans la morne contemplation d'un déficit, mais dans la mise en oeuvre de tous les moyens de rééducation en notre pouvoir. Cette rééducation est toutefois réalisée dans de mauvaises conditions. En effet, il n'existe pas encore à l'heure actuelle dans notre département de véritable centre de rééducation fonctionnelle adapté aux personnes âgées, et la rééducation que nous pouvons entreprendre est limitée par l'insuffisance d'installation et de personnel.

Insuffisance d'installation :

Dans un seul Pavillon qui est le Pavillon C, une des terrasses a pu être aménagée en secteur de rééducation avec rampes de marche, cage de poulithérapie, appareils déampulateurs de tous modèles. Mais le plus souvent, tant au Pavillon C que dans les autres, la rééducation ne peut être pratiquée que dans la chambre même ou au lit (Cas de la rééducation passive).

Insuffisance de personnel :

Elle est manifeste, puisque dans le meilleur des cas pendant toute cette période, nous n'avons eu que trois kinésithérapeutes à mi-temps, le plus souvent deux seulement, et pendant les périodes de congé, un seul (ou plutôt un demi). Pendant la période universitaire, ces kinésithérapeutes ont servi de moniteurs à quelques élèves de l'école de Kinésithérapie (de trois à six). Il convient d'ajouter que l'Association d'aide aux personnes âgées hospitalisées, récemment transformée en "Association pour la réadaptation psycho-sociale des personnes âgées hospitalisées" offre en renfort aux kinésithérapeutes, un certain nombre de bénévoles qui peuvent entraîner à la marche les malades sans famille, tandis que les familles sont invitées à collaborer à la rééducation à la marche de leurs parents.

II. - LES DECES

Nous avons enregistré 48 % de décès dont 36 cas dans le groupe des femmes et 12 dans celui des hommes, ceci pour une période allant jusqu'à 13 ans après le traumatisme. Il importe de mentionner que les services de chirurgie nous envoient dans la majorité des cas des "échecs chirurgicaux". C'est à notre avis l'un des facteurs qui explique le nombre si élevé des décès.

A - Les causes de décès.

Dates / Causes	2 mois	3-5 mois	6-9 mois	10-13 mois	14-17 mois	2-4 ans	5-7 ans	11-13 ans	TOTAL	%
Cardiaque et vasculaire	6	3	1	2	1	2	2	3	20	42
Rénale		1	1	1		3			6	12
Hépatique	1								1	2
Infectieuse	3	5	3	4		5	1		21	44

Commentaire

- Les complications infectieuses sont donc prédominantes dans la génèse des décès (44 %). Il s'est agi dans la majorité des cas d'infections pulmonaires et d'escarres infectés, après une phase de décubitus plus ou moins prolongée.

- Viennent ensuite les causes cardiaques et vasculaires (42 %). Le plus souvent à la pathologie cardiaque se sont associées des infections multiples.

- Les causes rénales sont au 3e rang. Il s'agit d'une insuffisance rénale secondaire à une infection, ou bien de sujets porteurs avant le traumatisme d'une insuffisance rénale chronique.

B - Décès dans chaque groupe selon le mode thérapeutique utilisé

1) -

Sexe et traitement \ Date	2 mois	3-5 mois	6-9 mois	10-13 mois	14-17 mois	2-4 ans	5-7 ans	11-13 ans	TOTAL	%
D.F.A.	3	3	2	4		8	2	1	23	48
D.H.A.	2	1	1	1	1	2	1	2	9	18,8
D.F.n A	3	4	2	2					13	27
D.H.n A	1	1		1					3	6,2

Légende

D.F.A. : Décès chez les femmes appareillées.
D.H.A. : Décès chez les hommes appareillés.
D.F.n A : Décès chez les femmes non appareillées.
D.H.n A : Décès chez les hommes non appareillés.

2) - Commentaire

Il y a donc globalement beaucoup plus de décès chez les malades ayant été appareillés que chez ceux qui ne l'ont pas été, on compte en effet :

- 32 décès chez les appareillés,
- 16 décès chez les non appareillés.

- Par l'étude des antécédents, nous tenterons d'en trouver la raison

(TABLEAU SUIVANT)

DATES DES DECES	2 mois	3-5 mois	6-9 mois	10-13 mois	14-17 mois	2-4 ans	5-7 ans	11-13 ans	TOTAL	TOTAL	%
GROUPE I Appareillés sans antécédent:											
Cardiaque	1	1							2		
Diabète + manifestations dégénératives.	2	1		1					4		
Cérébral			2			3	1		6		
Rénal						1		1	2	18	38%
Osseux					1	1			2		
Hépatique	1								1		
Autres		1							1		
GROUPE II Appareillés sans antécédent	1	1	1	4		5	2		14	14	29%
GROUPE III Non appareillés 1-Avec antécédents											
Cardiaque	3	2	2	2					9		
Diabète + manifestations dégénératives.		1						1	2		
Cérébral		1							1		
Rénal									0	16	33%
Osseux								1	1		
Autres	1			1					2		
2-Sans antécédent		1							1		

ANALYSE :

Dans le groupe de ceux qui ont été appareillés, les décès sont plus nombreux dans le groupe 1 (18 cas) que dans le groupe II (14 cas).

Dans le groupe I :

Nous avons enregistré beaucoup plus de décès dans l'année qui a suivi l'intervention (10 cas) qu'au cours des années suivantes (8 cas). L'aggravation d'une affection antérieure au traumatisme où les suites d'une affection secondaire à celui-ci ont été des causes déterminantes.

C'est ainsi que dans l'année ayant suivi l'intervention :

- 2 patients qui avaient une insuffisance cardiaque sont morts par collapsus cardio-vasculaire.
- 4 diabétiques sont décèdés,
  - .l'un des suites d'un oedème aigü du poumon,
  - .un autre par infarctus du myocarde,
  - .le 3e par suite d'une insuffisance rénale chronique,
  - .le dernier dans un tableau infectieux.
- 1 malade qui présentait un syndrome pseudobulbaire est décèdé des suites d'une insuffisance rénale chronique,
- 1 décès par infections multiples est survenu chez un malade présentant une maladie de Parkinson,
- 1 malade éthylique décède par une hémorragie digestive foudroyante,
- le dernier patient de ce groupe qui avait eu une hystérectomie totale pour "cancer du col de l'utérus" est mort dans un tableau infectieux, 3 mois après la mise en place d'un clou tripode.

Quant aux décès survenus dans un délai supérieur à un an après le traumatisme du col du fémur, on leur retrouve les mêmes causes. Leur fréquence maximale se situe entre 2 et 4 ans après l'intervention chirurgicale (5 cas).

Dans le groupe II :

Il y a eu autant de décès dans l'année qui a suivi l'intervention qu'au cours des années suivantes. La dégradation psychique post-traumatique suivie de grabatisation motrice, elle-même génératrice des complications infectieuses ont joué le plus grand rôle dans la génèse des décès.

Dans le groupe III :

Sur les 16 malades qui constituent ce groupe, 15 d'entre eux avaient des antécédents pathologiques, notamment cardiaques. 14 décès sont survenus dans l'année qui a suivi la fracture.

En somme, 48 décès ont été enregistrés dont 36 dans le sexe féminin, et 12 dans le sexe masculin.

Ces décès sont survenus avec un maximum de fréquence entre 2 et 4 ans après le traumatisme.

Il y a un plus fort pourcentage de décès chez ceux qui ont été appareillés et nous pensons que l'indication d'appareillage n'a pas toujours été correctement posée notamment en ce qui concerne les malades qui présentaient des antécédents pathologiques, puisqu'il s'avère que c'est précisément chez ces malades que l'on a enregistré le plus grand nombre de décès, aussi bien dans l'année qui a suivi l'intervention (10 cas)que dans les années suivantes (8 cas).

III.- LES MALADES SORTIS DU SERVICE.

28 malades ont quitté notre service après une période d'hospitalisation variant entre 3 et 16 mois.

A/- On compte 7 décès dans ce groupe (ceux-ci sont compris dans l'étude globale) dont :

- l'un survenu à l'hôpital psychiatrique départemental par complication de décubitus chez une femme de 90 ans, ceci 2 ans après la fracture;
- un autre en maison de retraite par néphrite chronique chez une femme de 87 ans 2 ans après;
- un décès à l'hôpital de Voiron par complications infectieuses chez une femme grabataire de 68 ans, ceci 7 mois après la fracture;
- un homme de 77 ans décède des suites d'une insuffisance rénale chronique dans un hospice, 6 mois après le traumatisme;
- 2 décès à domicile :
  . l'un 6 mois après chez une femme de 90 ans qui a présenté une hémiplégie gauche après la mise en place d'un clou tripode,
  . l'autre 3 ans après chez une femme de 87 ans, d'une broncho-pneumonie.

B/- 21 malades de ce groupe vivent encore

- 13 d'entre eux vivent à leur domicile ou en famille dont 8 semi-valides et 5 valides;
- 3 autres tous valides sont placés en maison de retraite;
- 1 autre se trouve en centre de rééducation
- 4 autres, tous grabataires, se trouvent dans un hospice ou dans un autre hôpital.

On a pratiqué chez ces 21 patients :

. 12 synthèses,
. 8 fois le traitement orthopédique,
. 1 abstention thérapeutique.

IV.- CEUX QUI SONT ENCORE DANS LE SERVICE

On compte 31 malades dans ce groupe :

. 7 sont valides,

. 15 sont semi-valides,

. 3 sont grabataires moteur,

. 6 grabataires moteur et cérébral.

Il faut noter que sur les 22 valides et semi-valides, 8 sont en instance de départ, soit en maison de retraite, soit à domicile ou en milieu familial.

TABLEAU RECAPITULATIF DES MALADES VIVANTS

Catégorie	Retour à domicile	Départ en maison de retraite	Départ en centre de rééducation	Hospice ou Hôpital	Service de Médecine Gériatrique	TOTAL	%
Valides	8	3			7	18	35
Semi-valides	5		1		15	21	40
Grabataires moteur				3	3	6	11,5
Grabataires moteur et cérébral				1	6	7	13,5
TOTAL	13	3	1	4	31	52	

Le plus grand nombre de survivants se trouve donc dans notre service (31 cas). Soulignons le peu de malades admis dans une maison de retraite (3 cas). Ceci est dû au fait que la validité parfaite est une condition d'admission dans ces établissements.

Pour nous résumer :

. 28 malades ont quitté le service de Médecine Gériatrique, 15 d'entre eux ont regagné leur domicile ou le milieu familial.

. Dans ce groupe, 7 décès ont été enregistrés par la suite.

. Sur les 21 malades restants, notons la prédominance des synthèses dans le traitement des fractures.

. 31 malades dont la majorité est constituée de semi-valides (15 cas) sont encore dans notre service.

On peut donc dire que :

38 % des malades sont restés dans les hôpitaux,

5 % sont allés dans une maison de retraite (ou de rééducation),

15 % ont regagné leur domicile ou leur milieu familial.

La comparaison de ces pourcentages avec d'autres statistiques donnent les résultats suivants :

B.G. HOROWITZ (42) : sur 511 fractures de l'extrémité supérieure du fémur

21 % des sujets sont allés dans une maison de retraite,

15 % dans les hôpitaux,

40 % ont retrouvé leur maison.

P. GUENIN, S. LEVY LEHMAN et Coll. (40) : sur 65 cas de fractures du col du fémur

57 % des malades ont été repris par leur famille,

43 % ont été définitivement placés en hospice ou en maison de retraite.

V.- CE QUI A GENE LA REEDUCATION FONCTIONNELLE

On a dû proscrire ou interrompre la rééducation fonctionnelle chez 45 malades. QUATRE grandes causes ont été notées :

- L'état cérébral :

Il a compromis, par leur manque de coopération, toute chance de récupération fonctionnelle chez 25 malades :

. 5 d'entre eux souffraient d'une atteinte cérébrale antérieure au traumatisme (2 malades de PARKINSON sévères, une sclérose en plaques avancée, un syndrome pseudobulbaire évolué et une séquelle hémiparétique d'un accident vasculaire cérébral),

. 18 malades ont "démissionné" après le traumatisme,

. On relève enfin dans ce cadre, 2 accidents vasculaires cérébraux avec séquelles d'hémiplégie, après la fracture.

- L'existence de douleurs osseuses résiduelles importantes :

Ce qui a été noté notamment chez des malades qui présentaient déjà une ostéoporose diffuse (9 cas).

- L'Etat cardiaque : 5 cas.

- La baisse importante de l'acuité visuelle : 6 cas.

EN SOMME :

L'état cérébral occupe la place prépondérante parmi les facteurs qui ont entravé la rééducation fonctionnelle.

VI.- ETUDE DE LA SITUATION SOCIALE DES MALADES.

A/- Cette étude apporte les données suivantes :

1.- Au niveau de leur situation :

Nous avons dénombré 37 célibataires et veufs sans enfant dont 27 femmes et 10 hommes,

20 personnes dont 15 femmes et 5 hommes vivaient seuls, leur conjoint ou leurs enfants étant loin d'eux,

43 personnes se répartissant entre 32 femmes et 11 hommes vivaient avec leur conjoint ou leurs enfants.

2.- Quant aux professions exercées :

Catégorie 1 :

- Salariés agricoles 11
- Ouvriers
  - . ménagères 5
  - . gantières 12
  - . manutentionnaires 2
  - . manoeuvres 2

Catégorie II : Agents des services publics

- S.N.C.F. et P.T.T. 5
- Armée 2
- Santé 2
- Autres 16

Catégorie III : Professions indépendantes

- Artisan 1
- Forgeron 1
- Commerçants 2
- Sculpteur 1
- Boucher 1
- Couturière 1

Catégorie IV :

- Rentière 1
- Gérante de société 1

Catégorie V :

- Sans profession ou profession inconnue 34

3.- Analyse :

La catégorie socio-professionnelle comprenant les salariés agricoles et les ouvriers prédomine sur les autres. En effet, 32 personnes en font partie contre :

. 25 ayant travaillé dans le secteur public,

. 7 ayant exercé une profession indépendante.

Il est mal aisé de classer celles qui font partie de la catégorie IV, en raison du manque de précision quant au chiffre exact de leurs revenus

. 34 personnes sont sans profession ou de profession inconnue (dans ce dernier cas : ceci en raison soit de l'absence de la famille, soit d'un état général déficient qui a empêché un interrogatoire plus poussé).

- Pour ceux des malades qui sont sortis de notre service (dont le nombre d'élève à 28, les décès étant inclus)

- Avant leur admission en milieu hospitalier : nous avons relevé

. 6 célibataires et veufs sans enfant,

. 7 femmes vivaient seules, leurs enfants ou leurs conjoints au loin,

. 15 personnes (3 hommes et 12 femmes) vivaient avec leurs conjoints ou leurs enfants à proximité.

- A leur sortie du service de Médecine Gériatrique :

Sont retournés vivre seules : 2 femmes,

Sont allés vivre avec le conjoint ou des parents : 14 (12 femmes et 2 hommes),

Sont allées en maison de retraite : 4 personnes (1 homme et 3 femmes),

Sont allés dans un autre hôpital ou en hospice : 8 malades dont 5 femmes et 3 hommes.

4.- Il apparaît ainsi que :

a) Au niveau de la situation des malades

Dans notre échantillonnage, l'écart n'est pas très grand entre les sujets qui, avant leur traumatisme, vivaient avec leur conjoint ou leurs enfants (43 %), et les célibataires ou de veufs sans enfant (37 %).

b) L'étude des catégories socio-professionnelles

nous permet de constater que c'est dans la catégorie la plus modeste que l'on a retrouvé le plus grand nombre de fractures du col du fémur, c'est-à-

dire les salariés agricoles et les ouvriers (32 %).

Etant donné la quasi inexistence de cadre supérieur ou de gens très aisés dans notre échantillonnage, on peut se demander s'il n'y a pas un lien entre les conditions de vie et la fracture du col fémoral. On peut en effet penser que chez les gens se situant au-dessus des contingences matérielles, il puisse y avoir une limitation des fractures du col du fémur (emploi d'ascenseurs, gens de maison, voitures avec ou sans chauffeur, etc...), et lorsque survient celle-ci, il est permis de penser qu'ils puissent bénéficier de soins dans des cliniques privées, et regagner assez rapidement leur domicile avec des soins complémentaires (kinésithérapie, soins effectués par des infirmières à domicile, etc...). Toutes ces possibilités ne sont pas toujours offertes à des gens ayant des revenus modestes.

c) Sur les 24 malades qui sont sortis du service de Médecine Gériatrique :

. Peu d'entre eux sont retournés vivre seuls (2/6), la survenue du traumatisme a déterminé d'autres conditions d'existence.

. Nous avons relevé presque autant de malades qui vivaient en famille avant la fracture du col fémoral, que de malades qui sont allés y vivre après leur séjour hospitalier. Il faut inclure ici un certain nombre d'entre eux qui, ayant leur famille au loin, s'en sont rapprochés à la sortie du service.

. L'admission dans une maison de retraite qui comme nous l'avons déjà signalé, nécessite la validité parfaite, a été effectuée pour :

- 1 célibataire,
- 1 veuve sans enfant,
- 1 malade qui avait ses enfants à proximité, mais qui ne voulait pas être à leur charge,
- 1 malade dont les enfants étaient au loin.

ASPECT SOCIAL DES FRACTURES DU COL DU FEMUR

- LE PROBLEME
- MOYENS D'ACTION :
  - La dégrabatisation
  - La prévention

I. - LE PROBLEME

Au total, on peut dire qu'il y a eu 46 % de décès survenus en milieu hospitalier, en maison de retraite et en hospice, et actuellement 35 % des malades sont encore en milieu hospitalier. On peut donc considérer que 85 % des malades n'ont pu regagner leur domicile, ni un milieu familial. Ce qui nous fait parler d'un véritable échec social des fractures du col du fémur.

Sur les 85 % des malades encore en milieu hospitalier, on compte 13 grabataires. La raison du maintien est évidemment lié à leur état somatique et psychique. Pour les célibataires et les veufs sans enfant, on comprend bien dans ces conditions que le retour à domicile soit problématique. Quant à ceux qui ont de la famille, celle-ci en raison des exigences de la vie actuelle, de la dispersion des membres de la cellule et des exigences du travail, se trouve dans l'impossibilité d'exercer une surveillance efficace de ces vieillards et notamment de faire du "nursing". Compte tenu du nombre de grabataires (qui à l'entrée dans le Service de Gériatrie était beaucoup plus élevé), il nous paraît important de nous arrêter sur la grabatisation et nous tenterons de dégager certains éléments qui permettront d'améliorer cet état.

Depuis l'étude médico-sociale "le grabataire âgé",faite dans notre service, on sait que les facteurs de grabatisation sont d'ordre organique,

- psychologique,
- social.

Nous nous proposons de montrer que la diminution de l'espace moteur peut engendrer une diminution de l'espace cérébral, et que la transplantation, facteur de grabatisation cérébrale peut retentir sur l'évolution de la fracture du col du fémur entraînant par la même, une grabatisation motrice.

Puis, nous parlerons des moyens pouvant être mis en oeuvre pour lutter contre cette diminution de l'espace moteur d'une part, cérébral d'autre part. Nous parlerons de dégrabatisation.

La diminution de l'espace moteur facteur de grabatisation cérébrale

La retraite, c'est l'immobilisme. Cette phase que nous ferons nôtre, nous permet d'établir le parallélisme avec les conséquences des fractures du col du fémur chez les personnes âgées.

La retraite est tout d'abord un immobilisme moteur car le sujet qui avait l'habitude de s'occuper, va se trouver du jour au lendemain éloigné de ses activités habituelles et progressivement, réduira par là même, son espace moteur.

La retraite est aussi un immobilisme cérébral, conséquence de cet immobilisme moteur.

La retraite enfin est un immobilisme affectif : le retraité ne pourra plus affectionner son travail, le fait d'avoir exercé une profession pendant la majeure partie de sa vie, et de se retrouver dans d'autres conditions, altérera son affectivité, l'intérêt porté aux choses lors de la retraite sera certainement moindre que lorsqu'il travaillait.

Dans le cas des fractures du col du fémur, nous pensons que le problème sera le même, car le traumatisme créera lui-même une réduction de l'espace moteur, plus ou moins important, et va, par conséquent, entraîner un certain degré d'immobilisme ; ce dernier retentira sur l'espace cérébral. Le vieillard conscient de sa diminution physique se sentira inutile, à charge pour la société, se figurera que tout espoir de récupération est illusoire et, de ce fait, ne fera aucun effort pour sortir de son état ; il faut ajouter que l'immobilisation prolongéé concourt à aggraver cette grabatisation.

A l'inverse, la transplantation peut aussi entraîner une grabatisation cérébrale qui, elle-même est génératrice de grabatisation motrice. En effet, le transfert du milieu familial dans le cadre hospitalier aura souvent pour résultat une déconnection du sujet hors de son cadre familier, ce qui aura pour effet de l'affecter et de le plonger dans une léthargie compromettant ainsi toute évolution favorable du traumatisme.

II.- LES MOYENS D'ACTION

A.- Il faut dégrabatiser les malades, de manière à favoriser une réadaptation psycho-sociale.

1°/- Facteurs thérapeutiques de dégrabatisation

Nous pensons tout d'abord que l'indication thérapeutique doit être posée dans les meilleurs délais, en tenant compte de l'état général du traumatisé; elle doit viser de toute façon à une reconstitution anatomique aussi parfaite que possible, de manière à favoriser le lever précoce afin d'éviter les complications de décubitus qui, hélas, sont fort fréquentes. Pour ceux des malades qui ne peuvent bénéficier d'une récupération rapide, soit en raison de leur grand âge, ou de leur état général, le rôle du nursing ne doit pas être négligé.

La rééducation fonctionnelle : quel que soit le mode thérapeutique utilisé doit avoir par ailleurs, une place importante; elle devra porter sur :

- les membres. On a pu apprécier le bien fondé de la kinésithérapie dans la plupart de nos observations. Elle permet d'éviter l'amyotrophie et les raideurs musculaires ceci par des séances de mobilisation passive dans tous les plans : flexion de la hanche et du genou, abduction, adduction assistée.

- L'appareil respiratoire. Cette rééducation fonctionnelle respiratoire est à notre avis, toute aussi importante que la précédente car elle préviendra la grabatisation cérébrale induite par cet immobilisme, lui-même engendré par le traumatisme. Il existe, en effet, chez le vieillard une insuffisance respiratoire mécanique, physiologique, liée à une immobilisation de la cage thoracique et à l'absence de mouvements en général. Ceci a pour effet de diminuer le volume courant respiratoire, d'augmenter donc le volume résiduel et par là même, d'entraîner un certain degré d'anoxie dont le cerveau est le premier à faire les frais. Ainsi apparaîtra une hypoxie cérébrale ayant pour conséquence l'installation d'une sclérose cérébrale.

Nous communiquons, pour terminer ce chapître, les résultats obtenus par le Centre de Réadaptation et de Convalescence pour personnes âgées de BAINVILLE-SUR MADON, publiés par le Professeur G. CUNY et le Docteur M. TENETTE (19).

En 1970, 679 malades ont été traités dans ce centre, dont 285 hommes et 394 femmes. On a dénombré 269 affections ostéo-articulaires, soit 39,62 % de la totalité, (64 cas dans le sexe masculin et 205 dans le sexe féminin). Il y a eu 146 fractures du col du fémur, soit 54,3 % des affections ostéo-articulaires, le temps d'hospitalisation a été de huit semaines environ.

Résultats

Ont retrouvé leur autonomie	186
Ont retrouvé leur semi-autonomie	33
Sont restés grabataires	13
Sont décédés au Centre	16
Ont été transférés dans un centre hospitalier pour complications	9

Lieu de réinsertion sociale

Sont retournés vivre seuls à leur domicile	80
Sont retournés vivre avec conjoint.....	65
Ont été vivre en famille	64
Sont partis en milieu collectif	48
	257

2°/- Facteurs psychologiques de dégrabatisation

Il s'agirait pour le service hospitalier, de se substituer en quelque sorte à la famille autant que faire se peut, de manière à créer un climat affectif valable pour nos malades. Ce sera le rôle de l'animation. Il faudrait en second lieu tâcher de créer un certain nombre d'activités qui soient proches des occupations professionnelles des patients avant qu'ils n'aient été projetés dans l'impotence fonctionnelle, des tâches de la vie journalière et de ses occupations récréatives. On fera donc de l'ergothérapie.

"Cette thérapeutique permet aux malades de prendre conscience de ce qu'ils peuvent faire, et même créer. Elle diminue le sentiment d'infériorité, d'inutilité et de désengagement" (Dr M. ASIEL, 3).

3°/- Les facteurs sociaux de dégrabatisation

On doit essayer de favoriser le plut tôt possible et dans les meilleurs conditions, le retour à domicile ou en famille, sinon le départ dans

des établissements adaptés à l'invalidité.

C'est le rôle du Service Social et du Service d'Hospitalisation à domicile qui doivent conjuguer leurs efforts afin de permettre par des démarches, que la réintégration du vieillard handicapé dans son milieu social se fasse dans les meilleures conditions.

"Lorsque l'on peut rendre à la famille, dans les meilleurs délais, le fracturé traité, ou lorsqu'on lui fait réintégrer son domicile dans des conditions acceptables, on lui donne de bien meilleures chances de guérison, que s'il reste hospitalisé dans un service, attendant un départ problématique pour un centre de rééducation ou une maison de retraite" (MONOD BROCA) (56).

B.- Si la dégrabatisation constitue une étape essentielle dans la réadaptation psycho-sociale de nos malades, la prévention des fractures du col du fémur mérite à notre avis d'être soulignée.

En analysant de malière plus détaillée les circonstances dans lesquelles se sont produites les fractures, nous tenterons de dégager certains éléments relatifs à leur prévention. Nous considérons pour cela :

- le vieillard chez lui,
- le vieillard dans la cité,
- le vieillard à l'hôpital.

Le vieillard chez lui

Si nous considérons les chutes survenues à domicile, nous obtenons les données suivantes :

Tranches d'âge	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	TOTAL	%
F.C.L.	2		1	1		1			5	8
H.C.L.					2		1		3	5
F.C.H.				8	5	8	10	2	33	55
H.C.H.			2		4	3			9	15
F.C.E.					1	1	4	2	8	14
H.C.E.					1		1		2	3
TOTAL	2		3	9	13	13	16	4	60	100

Légende: F.C.L.: Chute d'1 lit chez les femmes
H.C.L.: Chute d'1 lit chez les hommes
F.C.E.: Chute dans 1 escalier chez les femmes.
FCH: Chute de sa hauteur chez les femmes
HCH: Chute de sa hauteur chez les hommes
HCE: Chute dans un escalier chez les hommes.

1°) Il y a 70 % des fractures du col du fémur survenues à domicile par chute de sa hauteur.

Les parquets entretenus jalousement par la personne âgée, parquets souvent trop bien cirés, ainsi que les sols mouillés dans la salle de bains n'interviennent-ils pas dans la génèse de ces chutes? Des sols antidérapants sont à recommander chez ces gens dont l'équilibre est instable?

2°) 13 % des fractures du col du fémur par chute d'un lit.
On peut facilement admettre que les descentes de lit interviennent pour beaucoup dans ce mécanisme, surtout lorsqu'elles sont de dimensions modestes, elles ont tendance à glisser lorsque le vieillard prendra appui au sol.

3°) 17 % des fractures du col du fémur par chute dans un escalier. Il serait préférable que les vieillards puissent loger au rez-de-chaussée ce qui serait certainement moins pénible pour eux que de fournir un effort pour monter un escalier surtout lorsque l'acuité visuelle est basse.

4°) Au total, il serait hautement souhaitable que les centres de rééducation ou les maisons de retraite soient équipés en sols antidérapants ainsi que les baignoires. L'exemple en est d'ailleurs donné dans certains pays, (notamment en Suisse).

Le vieillard dans la cité

Le vieillard est le prototype du piéton. Les villes, en fait, ne semblent pas conçues pour les piétons. L'amélioration des conditions de vie à vue croître le nombre des automobilistes qui en somme, sont devenus prioritaires et l'on semble de ce fait, se préoccuper beaucoup plus de la protection de l'automobiliste que de celle du piéton qui, relégué au second plan, doit aller jusqu'à emprunter les passages souterrains. N'est-ce pas un signe flagrant d'une hostilité de la ville envers le piéton?

Le vieillard mal voyant, mal entendant, indiscipliné sera certainement exposé. C'est ainsi que nous avons enregistré 6 fractures du col du fémur par accident de la route. Cette augmentation des risques dans la cité fait que la personne âgée fuit la ville de plus en plus. Craignant l'hostilité de la ville, le vieillard se confine chez lui.

Il serait donc nécessaire pour toutes ces raisons que nous venons d'évoquer, que l'on ait beaucoup plus de sollicitude pour le piéton. Ne pour-

rait-on pas créer des passages beaucoup plus larges que ces menus trottoirs?

Signalons dans ce cadre, 2 chutes particulières :

- l'une (obser. n° 25) chez une femme qui pesait 26 kgs renversée par une rafale de vent,
- l'autre (obser. n° 14) chez un homme de 61 ans qui, voulant empêcher la chute d'un vieillard sur la voie publique, a fait lui-même une chute...

Le vieillard à l'hôpital

Tranches d'âge	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	TOTAL
H.C.H.									
F.C.H.					1		3	1	5
H.C.L.		1		1				1	3
F.C.L.					3	4			7

H.C.H.: Homme chute de sa hauteur H.C.L. : Homme chute d'un lit
F.C.H.: Femme " " " " F.C.L. : Femme " " "

15 personnes ont donc présenté des fractures du col du fémur en milieu hospitalier (13 cas dans le service de Médecine Gériatrique, 2 cas dans les autres services). Etant donné que la majorité des fractures sont survenues après une chute d'un lit (10 cas), on peut se demander si ce n'est pas le changement de lit qui en est la cause première. Le lit d'hôpital n'est-il pas trop haut pour la personne âgée? Il serait souhaitable si on ne peut équiper nos services de lits plus bas, que l'on puisse leur joindre des filets de protection ce qui serait beaucoup plus esthétique et plus efficace que les barreaux que l'on y trouve quelquefois. Ceci permettrait sans aucun doute de réduire ce véritable "accident de travail" des malades...

Quant aux 5 chutes de la hauteur, elles sont survenues l'une chez un malade qui s'est appuyé sur une poignée de porte, laquelle a cédé et les 4 autres, après un faux pas.

RESUME

- La fracture du col du fémur constitue un véritable échec social compte tenu du fait que 85 % des patients n'ont pu retrouver leur domicile ou un milieu familial.

- Nous avons ainsi montré que :

. le déficit moteur et la transplantation qui sont les résultantes de ce traumatisme, concourent à l'établissement de la grabatisation cérébrale.

. Les facteurs de dégrabatisation sont d'ordre thérapeutique, psychologique et social.

Quant à la prévention que l'on doit prendre sérieusement en considération, elle limiterait sûrement le nombre de ces traumatismes.

C O N C L U S I O N S

I - Nous avons recueilli dans le service de Médecine Gériatrique du CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE de GRENOBLE de 1968 à 1971, cent observations de malades présentant des fractures du col du fémur.

2 - Il nous a paru intéressant d'étudier le devenir de ces malades en fonction d'un certain nombre de paramètres médicaux et sociaux :
Sexe, tranches d'âge, circonstances d'apparition, variétés anatomiques, traitements institués, causes des décès, réinsertion à domicile, permanence de l'hébergement, situation sociale.

3 - Souligner la prépondérance du sexe féminin est une banalité, elle relève à la fois de la prépondérance féminine aux âges élevés et de la plus grande fréquence de l'ostéoporose chez la femme âgée.

4 - L'âge moyen de ces malades hospitalisés en Gériatrie est plus élevé que celui qui est observé dans les services de chirurgie, ce qui est la conséquence du vieillissement in situ d'une partie de l'échantillon.

5 - Si l'histogramme des tranches d'âge est très différent en hospice de celui de la pyramide des âges de la population, marquant une accentuation de la prépondérance féminine aux âges avancés, ce phénomène est encore plus accentué si nous considérons celui des fractures du col du fémur par rapport à celui de la population hospitalière Gériatrique.

6 - Parmi les circonstances d'apparition, la chute de la hauteur ou d'un lit est la plus fréquente et marque également une prépondérance féminine réelle.

7 - Les fractures trochantériennes sont plus nombreuses que les fractures cervicales, proportion inverse de celle qui est habituellement constatée dans les services chirurgicaux, ce qui tend à prouver que les échecs thérapeutiques (et sociaux) sont plus nombreux dans les premières. Elles se rencontrent électivement dans les tranches d'âge élevées et sont surtout l'apanage du sexe masculin.

8 - L'appareillage chirurgical a été pratiqué chez 64,8 % des femmes et 50 % des hommes : ces chiffres peuvent paraître faibles mais ce pourcentage est en constante augmentation depuis dix ans, et les abstentions thérapeutiques ne sont plus guère liées qu'à des considérations médicales ou psychiatriques.

9 - L'étude des décès montre qu'ils sont survenus avec un maximum de fréquence entre deux et quatre ans après le traumatisme.
Il n'est pas sûr qu'à une certaine époque les contre-indications médicales du traitement de ces fractures aient été suffisamment bien cernées.

10 - Le petit nombre de retours à domicile montre bien que nous avons essentiellement hérité des échecs sociaux, mais une analyse plus précise montre que derrière le caractère social se profile toujours des raisons médicales.

11 - Parmi des raisons médicales, la sclérose cérébrale est prédominante et constitue, somme toute, le facteur pronostique le plus important.

12 - La situation familiale de nos malades a peu d'influence sur leur devenir : ceci s'explique sans doute par leur appartenance habituelle aux catégories socio-professionnelles les plus défavorisées.

13 - Pour un grand nombre de sujets, il existe donc un véritable échec social des fractures du col du fémur. Cet environnement socio-professionnel devrait être étudié avec autant de soins que les composants organique et psychique des malades.

14 - Une grabatisation progressive est souvent la conséquence de cette détresse psycho-sociale : elle témoigne le plus souvent de l'insuffisance ou de la mauvaise utilisation de nos moyens d'action.

15 - Une rééducation non seulement motrice mais débouchant sur une véritable réadaptation psycho-sociale devrait pouvoir réduire considérablement le pourcentage de ces échecs : la preuve en est faite ailleurs.

16 - Une prévention permettant de réduire les circonstances d'apparition de ces fractures peut enfin être envisagée par l'éducation des familles et des gens âgés et par l'amélioration des conditions d'habitat.

VU et PERMIS D'IMPRIMER
GRENOBLE, le 31 Mars 1973

LE DOYEN de la Faculté
de Médecine

G. CABANEL

VU, le Président de Thèse

H. BEZES

B I B L I O G R A P H I E

1. - ALLEGRINI et Al.
Medical fractures of the femoral neck. Consideration on results of chirurgical treatment.
ATTI-Acad. Med. Lombard, 1967, 22, p. 2II-227.

2. - ARNOLD W.D. M.D.
Traitement de la fracture du col du fémur chez les personnes âgées.
Congrès de Gériatrie 1971.

3. - ASIEL M.
L'Ergothérapie.
Gérontologie 1972, Mars 1972, n° 6, p. 33-36.

4. - AUBRIOT J.H. et MOLE L.
Résultats à plus de 5 ans de recul des prothèses fémorales de MOORE mises en place dans des cotyles en apparence sains.
Rev. Chir. Orth., 1972, 58, p. 303-3II.

5. - BAL C.
Considérations sur les fractures du col du fémur chez le sujet âgé.
MAROC, Méd., juin 1968, 48 (504), p. 368-370.

6. - BERGER J., GILLET M., SCHVINGT E.
Le traitement des fractures cervicales du fémur chez le vieillard.
A propos de 46 cas traités par endo-prothèse.
STRASBOURG, Méd., 1967, 18, (3), p. 264-274.

7. - BLANC , FRANCEZON H.
A propos de 150 fractures du col du fémur chez le sujet âgé. Résultats après traitement chirurgical et rééducation.
Thèse MONTPELLIER, 1965.

8. - BOUTIN P.
Résultats préliminaires de l'examen systématique effectué sur la population d'un certain nombre d'hospices et maisons de retraite du

département de l'Isère.
Thèse Université de Grenoble, Méd., Juillet I968.

9. - BUTEL J., CARREL J., LEBRETON M., FAURE C., FRANCOIS M.
Résultats thérapeutiques de la fracture du col du fémur chez le vieillard.
DAUPHINE Méd., I969, 8I, (208).

10. - CABANAC J.
Considérations générales sur les résultats thérapeutiques de la fracture du col du fémur chez le vieillard.
DAUPHINE Méd., I969, 8I, (208).

11. - CARLSEN L.
Follow-up study of 228 elderly patients a year after discharge from a rehabilitation department.
Ugeskr. Laeg, mars I969, I3I, p. 569-574.

12. - CASACCI A.
Aspects particuliers de la traumatologie osseuse sénile : les fractures pertrochantériennes (En italien).
GERONT G., I969, I7, (2), p. I23-I32.

13. - CAUSSE G.
Rééducation des hanches opérées. Etude faite au Centre de réadaptation fonctionnelle de BAGNERES de BIGORRE.
Thèse Méd. TOULOUSE I962.

14. - CHINENKOV A.V., ANTONOVA L.A.
Le traitement des fractures du col du fémur chez les personnes âgées.
Congrès de Gériatrie I97I, n° 2I8.

15. - CIUCCARELLI C., DENIURE.
Contribution clinico-statistique sur les fractures du col du fémur chez le vieillard (En italien).
GERONT C., I965, I3, (4), p. 405-4I8.

16. - CLARK A.N.
Management of the fractured neck of femur in elderly female.
GERONT C. (BALE), I966, 8, p. 32I-326.

17. - COCCHIARELLA A.
Rehabilitation of geriatric patient with hip fracture.
AMER J. Geriat. Soc., Nov. I966, I4, p. II72-II76.

I8. - COURBON I.
Contribution à l'étude des fractures du col du fémur, à propos de 3IO observations.
Thèse Méd. LYON I969.

19. - CUNY G., TENETTE M.
La rééducation motrice du vieillard.
Cahiers du Coll. de Méd. (Assises de Médecine), Oct. I969, p. I487-I492.

20. - CURE M., MERCATI R., DEBAILLE R., SENNI J., BURGEON R.
Nouvelle orientation du traitement chirurgical chez les personnes âgées.
Jal. Chir. Déc. I970, I00, n° 6, p. 494-502.

21. - DECOULX P., LAVARDE G. et Coll.
Les fractures de la région trochantérienne. Etude statistique sur 26I2 observations.
Jal. Chir. Juillet-Août I969, n° 1-2. p. 75-I00.

22. - Table ronde dirigée par DECOULX
Les fractures de la région trochantérienne.
Rev. Chir. Orth. XIVème Réunion annuelle SOFCOT, PARIS, 4-7 nov. I970, p. 289-294.

23. - DECOULX J.
Traitement des fractures du col du fémur (402 cas).
LILLE Chir. I964, I9, p. II5-I70.

24. - DECOULX P. et Al.
Fractures de la région trochantérienne. Etude statistique de 26I2 cas.
J. Chir. PARIS, juillet-Août I969, 98, p. 75-I00.

25. - DELITALA F.
An aged man with fractures.
Chir. Organi Mou., fév. I970, 58, P. 27I-275.

26. - DESCAMPS J.Y. et Coll.
Traitement des fractures du col du fémur chez les vieillards et anesthésie.
Rev. Franç. GERONT, I96I, 7, p. 23I-233.

27. - DICKINSON Ph.
Femoral neck fractures in the aged.
Calif. Méd. April I963, 98, p. 2IO-2II.

28. - DUCOURTIOUX J.L.
Fractures du col du vieillard.
Rev. Franç. GERONT I968, I4, (5), p. 25I-254.

29. - EBERLE H.
Fractures in old age.
Helv. Chir. Acta. I969, 36,(3),p. I90-204.

30. - EBERIE H.
Nailing or primary arthroplasty in femoral neck fractures of the aged.
Z. Unfalled. Berufskr. I966, 59, 233-240.

3I. - FERRAND J., HADIDA A., LADJADJ A.
Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur. A propos de 5I4 cas.
Ann. Chir. Mai I965, I9, N° 9-IO, p. C 60I-C 626.

32. - FORNI I., ZADRA C.
Treatment of the femur neck in the aged person.
Minerva. Ortop. Juillet I96I, I2, p. 465-468.

33. - FROVA G., ZERBI E.
L'anesthésiste et le chirurgien vis-à-vis de la fracture du fémur chez le vieillard (En italien).
Géront. G., Déc. 1968, 16, p. 1369-1374.

34. - GALLUCCIO D.
Treatment of fractures of the femoral neck in the aged with percutaneous osteosynthesis.
Minerva. Ortop. I970, 2, p. 2I-25.

35. - GAZZANO A.
Problems of anesthesia in the treatment of fractures of the femur in the aged.
Minerva. Ortop., août I959, IO, p. 48693.

36. - GOSSELING H.R., HARDY H.
Fracture of the femoral neck : a comparative study of treatment in 400 consecutive cases.
TRAUMA J., mai I969, 9, p. 423-429.

37. - GOSSET J.
Résultats de 86 opérations prothétiques pour fractures fraîches du col du fémur.
Mem. Acad. Chir. mai I965, 9I, n° I5-I6, p. 454-463.

38. - GOSSET J.
Fractures cervicales vraies chez le vieillard.
Journées médicales de LILLE I964.

39. - GUENIN P., LEVY S., LEHMAN et Coll.
Sur 22I fractures cervico-trochantériennes traitées dans un service de chirurgie générale depuis I960.
Ann. Chir. août-Sept. I969, 23, n° I5-I6-I7-I8, p. 875-879.

40. - HANSEN N. et Al.
Mortality in fractures of the femur neck ; survical periods for 305 patients.
Ugeshr. Laeg., sept. I970, I32, p. I708-I7I4.

41. - HOROWITZ B.G.
Analyse retrospective des fractures de l'extrémité supérieure du fémur.
Surg. Gyne. and Obst., sept. I966, n° 3, p. 565-570.

42. - HUGONOT R., BOUTIN D., GUALAMO A., LAPIERRE J., LETELLIER N., ROUSSEAU Y.
La réadaptation psycho-sociale du vieillard.
Cahiers du Coll. de Méd. (Assises de Médecine), oct. I969, p.I483-I485.

43. - ISELIN M. et Al.
The surgical risk in substituting a fractured femoral neck by a Thompson prothesis in old age according to the principle of delayed surgery.
Hefte Unfallheilk, I966, 89, p. I33-I35.

44. - KAPANDJI A., ALEXANDRE J.H., FRAIN P., BOURY G.
Etude statistique globale de 2I6 cas de fractures du col du fémur.
Ann. Chir. déc. I965, I9, n° 25-26, p. I6I6-I623.

45. - KAPLAN A.V., LIRTSMAN U.M.
Management of fractures in geriatric patients.
Congrès de Gériatrie I97I, n° 278.

46. - KREBS
Therapy of medial femoral neck fracture experience in I06 fractures treated by the angular plate.
Monatsschr. H. un fall heilkd, September I970, 73, p. 393-40I.

47. - LAGROS F., COSTAGLIONE M., MICHAUD et MANSAT.
Notre expérience des fractures du col chez les vieillards.
Soc. Chir. TOULOUSE I966, I9, p. II.

48. - LESOURD G.
La gravité des fractures de la région trochantérienne chez le vieillard.
J. Chir. TOURS et Centre-Ouest, avril I969, 3, p. I97-205.

49. - LIARAS H., DELEUZE R., GUELPA G., NEIDHARDT J.N., TAIRRAZ J.P.
Le traitement chirurgical de nécessité des fractures du col du fémur chez le vieillard.
LYON Chir., juillet I965, 6I, n° 4, p. 577-584.

50. - LIARAS H. et Al.
Necessitous surgical treatment of fractures of fractures of the femur neck in the aged.
LYON, Chir. July I965, 6I, p. 577-584.

51. - LIARAS H. et Al.
Le traitement chirurgical de nécessité des fractures du col du fémur chez le vieillard.
LYON Chir., avril I965, 6I, p. 577-584.

52. - LULU D.J.
Femoral head prothesis ; thirteen years experience.
Amer. Surg. I969, 35(6),p. 4I8-42I.

53. - MADLO D.
Judet's endoprothesis in medical femoral neck fractures of elderly patients.
Acta. Chir. Orthop. Traum. Cech., june I968, 35, p. I96-I98.

54. - MERLE D'AUBIGNE, POSTEL M., VALETTE.
A propos de la communication de GOSSET sur le traitement des fractures fraîches du col du fémur.
Mem. Ac. Chir. juin-juillet I965, 9I, n° 2I-22-23, p. 739-743.

55. - MONOD , BROCA Ph.
Possibilités et limites de la chirurgie du vieillard.
Cahiers du Coll. Méd. (Assises de Médecine), I7 octobre I969, p. I493-I497.

56. - NADEN D.
Fractures of the neck of the femur in the aged (224 cases).
J. Amer. Geriat. Soc. feb. I969, I7, p. I98-204.

57. - NIHOTTE Y.
Traitement des fractures du col du fémur chez les grands vieillards.
Thèse Méd. NANCY I966,

58. - PEARSON A.
Fractures femur in elderly patient : a nursing care study.
Nurse Times, 4 septembre I969, 65, p. II33-II34.

59. - PILLOT P. et Coll.
L'appui précoce dans les fractures cervico-trochantériennes chez le grand vieillard.
Ann. Chir. nov. I97I, 25, n° 23-24, p. II77-II8I.

60. - PODRUSCHNIAC E. et Al.
Clinical and radiological aspects of the femoral neck fractures in old and senile patients, and therapeutic results.
Z. Alternsfresch, may I968, 2I, p. 57-63.

61. - POUCH J.C.
Traitement chirurgical des fractures du col du fémur chez le sujet âgé de plus de 65 ans.
Thèse Méd. MONTPELLIER I964-I965.

62. - PRESTINARI G., CERRA E.
Lateral fractures of the femur neck in the aged person. (Treatment and results).
Minerva. Ortop.,july I96I, I2, p. 460-464.

63. - RAMOND Y.
Le grabataire âgé. Etude Médico-sociale.
Thèse Méd. Université de Grenoble I969.

64. - REICHELT A.
Prognosis of fracture of the femoral neck.
Archorthop. Chir., I969, 66, 243-258.

65. - REDON H., LABRUTHE Y. TOLRA.
La mortalité immédiate dans les fractures du col du fémur traitées dans un service spécialisé.
Mem. Acad. Chir., janvier I969, T. 95, p. 38-40.

66. - REVENKO T.A., NOUICHIKLIN A.P.
Les particularités cliniques et le traitement de la fracture du col du fémur chez les personnes âgées de plus de 50 ans.
Congrès de Gériatrie I97I, n° 377.

67. - RICARD R., MOLE L.
Les fractures cervicales vraies récentes du fémur.
Rev. Chir. Orth. Janv.-févr. I966, 52, n° 1, p. 79-84.

68. - RICARD R., MOLE L.
Les fractures cervicales vraies récentes du fémur.
Rev. Chir. Ortop. juin I965, 5I, n° 4, p. 327-43I.

69. - RICARD R.
Les fractures cervicales vraies du fémur.
Cahiers Méd. LYONNAIS, oct. I970, 46,

70. - RIEUNAU G., UTHEZA G., CHANDECLERC D.
L'avenir lointain des prothèses de MOORE pour fractures du col du fémur.
Rev. Méd. TOULOUSE, févr.I970, 6, p. I49-I55.

71. - RIEUNAU G.
Problème social posé par les fractures du col du fémur après 70 ans.
Mem. Acad. Chir. I968, 94, p. 746-750.

72. - RUELLE M. et Coll.
Rééducation fonctionnelle des fractures du col du fémur chez les personnes âgées.
BELGE J. RHUM. Méd. Phys. sept-oct. I968, 23, p. 253-257.

73. - RUNSER C.
Etude critique des différentes méthodes à propos des fractures cervicales de l'adulte.
Thèse Méd. BESANCON I968.

74. - SHABANOV A.N. et Al.
Median fractures of the femoral neck and geriatric problems.
Soviet Méd., mars I964, 27, p. 68-72.

75. - SHUMADA I.V.
Les résultats du traitement chirurgical de la fracture du col du fémur.
Congrès de Gériatrie I97I, n° 408.

76. - SICARD A.
Le traitement des fractures du col du fémur chez le vieillard.
Rev. du Praticien I959, Tome IX, n° 8, p. 87I-879.

77. - SOKOLOV H.
The state of the blood coagulation system in femoral neck fracture in aged patients.
Ortop. Traum. Protez, nov. I965, 26, p. 49-53.

78. - SOURDILLE J., BAINVEL J.V., LE MEVEL ROY J., RESCHE F.
Indications thérapeutiques et résultats dans le traitement des fractures du col du fémur.
J. Méd. de NANTES, janv.-mars I969, 9, p. II-24.

79. - SPIER W. et Al.
The head prothesis in the treatment of medial femoral neck fractures
Monatsschr un falleilkd I970, 73, p. 402-408.

80. - SPRIET R.
Le traitement des fractures récentes de l'extrémité supérieure du fémur chez les sujets âgés.
PICARDIE Méd. janv. I967, 2, p. 49-57.

81. - SUIRE M.P.
Une nouvelle statistique de I50 cas de fractures récentes du col fémoral.
Mem. Acad. Chir. I97I, 9I, n° I2, p. 8I5-826.

82. - TAMBAKIS A.P. et Al.
Fractures of the femoral neck : a ten-year review.
Geriatrics august I967, 22, I22-I28.

83. - TITZE A.
Femoral neck fractures in the growing.
Hefte Unfallheilk, I968, 97, p. I57-I59.

84. - VIVES P., VEYSSIERE C.
Les fractures du col du fémur du vieillard.
PICARDIE Méd., mars I970, 5, p. 205-2I0.

85. - WAHL H.G.
On the treatment of fractures of proximal portion of the femur in the aged.
Helv. Chir., april I969, 36, p. 268-276.

86. - WONG P.C.
Prévention of femoral neck fracture in the elderly.
Geriatrics, april I967, 22, p. I56-I63.

87. - ZAGRA A., MALERBA F.

Le traitement des fractures récentes du col du fémur chez le vieillard.

GERONT G., août I968, I6, p. 763-772.

88. - ZEBINA M.

Etude de 95 cas de fractures de col du fémur chez les sujets âgés de plus de 65 ans - valeur de la résection de la tête.

Thèse Méd. PARIS I960.

- S E R M E N T D' H I P P O C R A T E -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.